BMJ

British Medical Journal
Ediția în limba română
www.bmj.ro

- 5 credite CMR/abonament anual
- 5 credite CMDR/abonament anual
- 20 ore EMC – chestionar completat de medici
- 10 ore EFC/abonament anual

VOLUM 18; ISSN 1222-5835
Iunie 2011/bmj.ro

Scanned with OKEN Scanner

ASISTENŢA MEDICALĂ TRANSFRONTALIERĂ

Cercetare medicală accesibilă prin noua publicaţie *BMJ Open*

Perspectivele pacienţilor cu forme severe de BPOC

Tratamentul infecţiilor sânului

Teleasistenţa: premise şi posibilităţi de dezvoltare

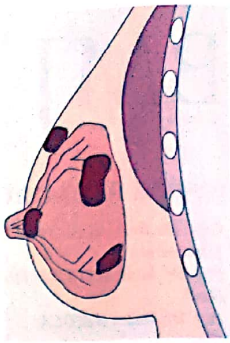
Un produs
TARUS

BMJ
Ediţia în limba română
www.bmj.ro

Consecinţele medicale ale utilizării defectuoase a cremelor cu efect de albire a pielii, p. 192

Aportul de vitamină D în copilărie, pp. 199, 212

UE spune NU vânzărilor de medicamente falsificate, p. 210



Cum se tratează infecţiile sânului?, p. 227

EDITORIALE

191 Cercetare medicală accesibilă
Noua publicaţie *BMJ Open* permite acces nerestricţionat la şi mai multe studii ştiinţifice, anunţă Trish Groves

192 Utilizarea cremelor cu efect de albire a pielii
Viciile de fabricaţie şi de management, alături de absenţa legislaţiei specifice generează consecinţe medicale serioase, arată Yetunde Molumide

195 Protejarea sănătăţii publice după urgenţe nucleare majore
Criza nucleară din Japonia este un memento elocvent al lecţiilor din trecut, afirmă Steven M Becker

197 Recomandarea statinelor în prevenţia primară a bolilor cardiovasculare
Nu este necesară în cazul persoanelor cu risc foarte scăzut şi este bine ca tratamentul să fie individualizat în funcţie de riscul fiecărui pacient, consideră Jaap W Deckers şi Roger S Blumenthal

199 Vitamina D şi densitatea minerală osoasă la copii
Este necesar un aport adecvat de vitamină D în timpul copilăriei şi al adolescenţei, susţine Nick Shaw
» *Cercetare, p. 212*

201 Îngrijirile paliative la pacienţii cu boală pulmonară obstructivă cronică
Acceptarea pasivă a maladiei are implicaţii în ceea ce priveşte îngrijirile bolnavilor în stadiul terminal şi furnizarea de servicii medicale, sugerează Andrew Thorns şi Declan Cawley
» *Cercetare, p. 213*

203 Proteina C reactivă şi riscul de afecţiuni cardiovasculare
Sunt categoric corelate, dar este puţin probabil să existe o relaţie de tip cauză–efect, este de părere Bernard Keavney
» *Cercetare, p. 211*

DIN ARHIVELE *BMJ*

206 Scandalul cercetării de proastă calitate
Avem nevoie de mai puţină cantitate, de mai multă calitate şi de o motivaţie reală, susţine D G Altman

ŞTIRI

208 Reforma din sistemul de sănătate poate implica închiderea unor spitale

209 În New York, fumatul va fi interzis aproape oriunde

Parlamentul European adoptă reguli de asistenţă medicală transfrontalieră

210 Uniunea Europeană introduce legi menite să stăvilească vânzarea de medicamente falsificate

CERCETARE

211 Asocierea dintre proteina C reactivă şi afecţiunile cardiace coronariene: analiză randomizată, mendeliană, bazată pe datele individuale ale participanţilor
C Reactive Protein Coronary Heart Disease Genetics Collaboration (CCGC)
» *Editorial, p. 203*

212 Efectele suplimentării dietei cu vitamină D asupra densităţii minerale osoase, la copiii sănătoşi: sinteză sistematică şi metaanaliză
Tania Winzenberg, Sandi Powell, Kelly Anne Shaw, Graeme Jones
» *Editorial, p. 199*

213 Cum se trăieşte cu bronhopneumopatia cronică obstructivă severă: studiu calitativ, longitudinal, al unui spectru larg de perspective
Hilary Pinnock, Marilyn Kendall, Scott A Murray, Allison Worth, Pamela Levack, Mike Porter, William MacNee, Aziz Sheikh
» *Editorial, p. 201*

NOUTĂŢI MEDICALE

Din alte jurnale medicale internaţionale

SINTEZE CLINICE

216 Teleasistenţa pentru afecţiunile de lungă durată
Susannah McLean, Denis Protti, Aziz Sheikh

222 EXTRAS DIN *DRUG AND THERAPEUTICS BULLETIN*

Prevenirea exacerbărilor din boala pulmonară obstructivă cronică

227 Tratamentul infecţiilor sânului
J Michael Dixon, Lucy R Khan

PRACTICĂ MEDICALĂ

TESTAREA RAŢIONALĂ

235 Verificarea cauzelor secundare ale osteoporozei
Melissa O Premaor, Juliet E Compston

MINERVA

238 Ce anume conferă unui psihiatru statutul de bun specialist, şi alte subiecte

Scanned with OKEN Scanner

BMJ
Ediția în limba română

FORUM REDACȚIONAL

Conf. Dr. Doru Mihai ANASTASIU (Timișoara)
Prof. Dr. Vasile ASTARASTOAE (Iași)
Prof. Dr. Doina AZOICAI (Iași)
Prof. Dr. Petru BORDEI (Constanța)
Prof. Dr. Anca BUZOIANU (Cluj Napoca)
Prof. Dr. Mircea CINTEZA (București)
Prof. Dr. Constantin CIUCE (Cluj Napoca)
Prof. Dr. Constantin COPOTOIU (Târgu Mureș)
Prof. Dr. Dan DOBREANU (Târgu Mureș)
Prof. Dr. Iosif DRAGULESCU (Timișoara)
Dr. George HABER (Sebeș)
Prof. Dr. Daniela Adriana ION (București)
Dr. Mircea IORGA (București)
Prof. Dr. Manuela MIHALACHE (Sibiu)
Prof. Dr. Petru MIRCEA (Cluj Napoca)
Prof. Dr. Liana MOȘ (Arad)
Prof. Dr. Florian POPA (București)
Prof. Dr. Mariana RĂDOI (Brașov)
Prof. Dr. Ion ROGOVEANU (Craiova)
Conf. Dr. Adrian SĂFTOIU (Craiova)
Prof. Dr. Victor STOICA (București)

Știri, p. 209

Un produs TARUS Media

TARUS Media

Publisher
Valentin Tarus
tarus@tarus.eu

Editor
Traian Mihaescu
traian@mihaescu.eu

Director General
Maria Vasilescu
maria.vasilescu@tarus.eu

Director de publicație
Roxana Tudor
roxana.tudor@tarus.eu

Secretariat
Rodica Dirțu

Proiecte internaționale
Tudor Toma – Londra

Traducere
Andrei Cernomaz
Rodica Chirculescu
Gianina Luca
Madalina Geantă
Adriana Pîrvu
Adina M. Țurcanu

Consultant pentru limba română
Doina Elena Cioacă

Tehnoredactare și editare grafică
Dan Verman PFA

Tipografie
Master Print SUPER OFFSET S.R.L.

BMJ

Editor *BMJ*
Fiona Godlee

The Editor, BMJ
BMA House, Tavistock Square, London WC1H 9JR
Email: editor@bmj.com
Tel: +44 (0)20 7387 4499
Fax: +44 (0)20 7383 6418
BMA MEMBERS' INQUIRIES
Email: membership@bma.org.uk
Tel: +44 (0)20 7383 6642
BMJ CAREERS ADVERTISING
Email: sales@bmjcareers.com
Tel: +44 (0)20 7383 6531
DISPLAY ADVERTISING
Email: sales@bmjgroup.com
Tel: +44 (0)20 7383 6386
REPRINTS
UK/Rest of world
Email:
ngurneyrandall@bmjgroup.com
Tel: +44 (0)20 8445 5825
USA
Email:
mfogler@medicalreprints.com
Tel: + 1 (856) 489 4446
SUBSCRIPTIONS
BMA Members
Email: membership@bma.org.uk
Tel: +44 (0)20 7383 6642
Non-BMA Members
Email: subscriptions@bmjgroup.com
Tel: +44 (0)20 7383 6270
OTHER RESOURCES
For all other contacts:
resources.bmj.com/bmj/contact-us
For advice to authors:
resources.bmj.com/bmj/authors
To submit an article:
submit.bmj.com

Adresa pentru corespondență
TARUS Media
Bd. Metalurgiei nr. 78, cod 041836, sector 4, București
Tel/Fax: +40 21 321 01 90
E-mail: bmjro@tarus.eu
Cont în Lei nr.: RO08BVBBU2511BU0560552701
Volksbank – Sucursala Apolodor, beneficiar SC TARUS MEDIA SRL (CUI:RO18379900)

Publicitate în *BMJ – Ediția în limba română*
Tel/Fax: +40 21 321 01 90

Ionuț Munteanu
Director vânzări
E-mail: ionut.munteanu@tarus.eu

Georgiana Tăcutu
Asistent marketing
E-mail: georgiana.tacutu@tarus.eu
Tel/Fax: +40 21 321 01 90

BMJ Group

- *BMJ* – Publicația Medicală a anului 2008 conform Medical Journalist Association
- Factorul de impact al *BMJ* a crescut în 2010, față de anul precedent, ajungând la 13,65 (ISI Web of Science, 2010)
- Aproximativ 1,67 milioane de utilizatori accesează, în fiecare lună, 6,1 milioane de pagini prezentate pe site-ul *BMJ*, www.bmj.com (ABCe audit, octombrie 2010)

Scanned with OKEN Scanner

Cercetare medicală accesibilă

Noua publicaţie *BMJ Open* permite acces nerestricţionat la şi mai multe studii ştiinţifice

Trish Groves deputy editor, *BMJ* editor in chief *BMJ Open*
eic.bmjopen@bmjgroup.com

Conflicte de interese: Niciunul de declarat.
Provenienţă şi modalitate de recenzare: Articol comandat, fără evaluare externă.

Accessible medical research
New journal *BMJ Open* provides open access to even more research

Citaţi articolul ca:
***BMJ* 2011;342:d1190**
doi: 10.1136/bmj.d1190

Primul website din lume a fost lansat în august 1992, la info.cern.ch. De-a lungul următorilor zece ani a avut loc o expansiune rapidă a reţelelor de internet internaţionale, context în care s-a înfiripat ideea ca articolele ce prezintă rezultatele unor proiecte de cercetare finanţate din bani publici, în special din domeniul sănătăţii, să devină accesibile tuturor. În condiţiile în care mulţi dintre editorii publicaţiilor tradiţionale privesc în continuare cu reticenţă noul concept, BMJ Group şi-a propus să vadă ce este mai bine pentru cititori, autori şi finanţatori, menţinând plata taxelor practicate, astfel că, în numai doi ani şi jumătate după apariţia site-urilor de pe internet, "eBMJ" era oferită în versiune electronică pe bmj.com, iar în 1998, *BMJ* a devenit una dintre primele reviste medicale care a permis accesarea nerestricţionată a tuturor materialelor prezentate. Începând din 2005, bmj.com a introdus, treptat, o taxă pentru consultarea articolelor cu subiecte din alte domenii decât cel al cercetării, astfel că veniturile din partea celor înscrişi au contribuit la menţinerea accesului liber la lucrările ştiinţifice.[1] În 2010, *BMJ* a stabilit taxe pentru procesarea articolelor de cercetare, aplicabile doar în situaţia în care autorii pot să solicite returnarea integrală a sumelor respective de la finanţatorii studiilor realizate de ei.[2]

Cea mai nouă revistă editată de BMJ Group, *BMJ Open*, a demarat publicarea primelor sale materiale în februarie 2011; ea permite accesarea gratuită a articolelor ştiinţifice medicale recenzate din orice disciplină şi practică evaluarea "la vedere", concluziile celor care le efectuează fiind afişate alături de articolele analizate (http://bmjopen.bmj.com). Nu este editată şi într-o versiune tipărită şi nici nu oferă posibilitatea realizării unor abonamente individuale. Jurnalul practică, în schimb, un sistem de taxare a fiecărui articol a cărui publicare a fost acceptată de către evaluatori, dar achitarea taxei de procesare se face diferenţiat, de la caz la caz, autorilor cu resurse limitate – în special celor originari din ţări cu venituri mici şi mijlocii, integrate în programul HINARI pentru facilitarea accesului la cercetarea medicală (www.who.int/hinari/en/) – fiindu-le acordate reduceri de preţ; asemenea înlesniri financiare sunt oferite şi referenţilor care, în decursul unui an, trimit în timp util, la redacţie, articolele evaluate. Ca şi în *BMJ*, capacitatea de plată a autorilor nu influenţează decizia cu privire la publicare, întrucât taxele sunt colectate abia după acceptarea manuscrisului.

BMJ Open publică toate tipurile de cercetare ce abordează ştiinţa şi practica clinică, politicile şi serviciile de sănătate, educaţia medicală şi metodologia cercetării. Revistele care au un public bine definit, inclusiv *BMJ*, precum şi altele editate de BMJ Group, refuză tipărirea multor articole deoarece editorii consideră că subiectul nu este suficient de atractiv şi interesant pentru cititori. *BMJ Open* nu ia astfel de decizii editoriale, ci va publica toate lucrările pe care referenţii le vor considera potrivite din punct de vedere ştiinţific şi etic.

Multe studii de calitate întăresc conceptele practicii clinice, ale cercetării sau ale politicilor de sănătate, nu le schimbă, iar *BMJ Open* este încântată să aibă în vedere editarea lor;

Scanned with OKEN Scanner

aceeași deschidere o manifestă și față de: rezultatele preliminare, ori doar cele cu impact local, ale cercetărilor; protocoalele de studiu; trialurile în faze incipiente și analizele efectuate după punerea pe piață a medicamentelor – evident, numai dacă sunt bine concepute, desfășurate și prezentate. Se așteaptă ca toți autorii să-și redacteze articolele conform declarațiilor CONSORT sau STROBE, în funcție de tipul de studiu propus spre publicare.

Editarea unor astfel de lucrări de cercetare cu acces liber contribuie la completarea bazei de cunoștințe științifice necesare clinicienilor, referenților, factorilor de decizie din sfera politicilor de sănătate, precum și-a altor cercetători. Respectiva bază de date ar putea fi și mai utilă dacă s-ar face publice rezultatele efective ale studiilor, aspect solicitat de Wellcome Trust și de alți finanțatori internaționali majori.[3] *BMJ Open* a adoptat politica *BMJ* prin care autorii sunt încurajați să-și împărtășească rezultatele activității lor,[4] iar pentru a facilita acest demers își propune să colaboreze cu experți în domeniu.

Între timp, celelalte reviste editate de BMJ Group au creat "BMJ Unlocked", un serviciu prin care autorii pot plăti o taxă de acces pentru ca versiunea electronică a articolelor scrise de ei să fie disponibilă oricui. Conținutul integral al respectivelor jurnale, inclusiv cel al *BMJ*, poate fi accesat gratuit, de către instituțiile din 113 țări cu venituri mici și mijlocii, grație aderării *BMJ* la inițiativa HINARI (http://group.bmj.com/products/journals/countries-with-free-access); în plus, cei care publică în oricare dintre ele își păstrează drepturile de autor și primesc cota parte cuvenită din vânzările de extrase (articole solicitate separat de contextul în care au apărut (reprint-uri), BMJ Group solicitând doar o licență exclusivă pentru publicarea inițială a articolului și drepturile comerciale ce derivă din aceasta (http://group.bmj.com/products/journals/instructions-for-authors/licence-forms).

În anul 2006, Peter Suber, partizan al accesului deschis ("open access" – OA) pentru întreaga comunitate academică, scria că "*BMJ* este un pionier în sfera OA [acces deschis]. Și, dat fiind faptul că a sprijinit OA ori de câte ori a putut și nu a făcut niciodată propagandă nefavorabilă acestui concept, *BMJ* nu se află nici în situația de a retracta eventualele argumente contra jenante, nici în aceea de a surmonta disonanțele cognitive ale publicului".[5] Lansarea *BMJ Open* este următorul pas în cadrul demersului nostru.

Traducere: Dr. Gianina Luca

1 Delamothe T. bmj.com behind access controls. *BMJ* 2004; 329: 814.
2 Godlee F, Groves T. Open access publication fees at the *BMJ*. *BMJ* 2010; 341: c4494.
3 Walport M, Brest P. Sharing research data to improve public health. *Lancet* 2011;377:537-9.
4 Groves T. *BMJ* policy on data sharing. *BMJ* 2009;338:b1285.
5 Suber P. *BMJ* launches a hybrid OA journal program. Open Access News. 2006. http://legacy.earlham.edu/Ipeters/fos/2006/08/bmjlaunches-hybrid-oa-journal-program.html.

Utilizarea cremelor cu efect de albire a pielii

Viciile de fabricaţie şi de management, alături de absenţa legislaţiei specifice generează consecinţe medicale serioase

SEYLLOU/AFP/GETTY IMAGES

Cosmeticele și produsele de toaletă care conferă luminozitate pielii (sau care o albesc) sunt folosite pentru a da o nuanță mai deschisă tenului închis la culoare. O asemenea practică, alimentată de prejudecățile rasiale, izvorăște din concepția greșită că pielea neagră este inferioară, și că o persoană cu ten alb este mai atrăgătoare.

Prin definiție, cosmeticele sunt menite să îmbunătățească aspectul pielii sau să atragă încrederea utilizatorilor, nu să altereze structura de bază a dermului. Cremele cu efect de albire modifică structura chimică a pielii, inhibând sinteza melaninei, fapt ce ar trebui să dicteze supunerea lor unor reglementări similare celor impuse în cazul medicamentelor.

Ingredientele lor active sunt hidrochinona, mercurul și corticosteroizii fluorurați foarte puternici (de exemplu, fluocinonid, valerat

Scanned with OKEN Scanner

de betametazonă și propionat de clobetazol) din unguente și creme. Numărul acestora a crescut, deoarece unii producători au adăugat compuși chimici noi, cu profil de siguranță necunoscut (de pildă, niacinamida, oxibenzona și trietanolamina), pentru a eluda eforturile agențiilor de reglementare guvernamentale ce interzic folosirea acestora în cosmetice și în produse de toaletă.[1] Unele dintre ele nu au menționate pe ambalaj lista cu ingrediente sau locul unde au fost fabricate,[2,3] iar prevederile legale neadecvate au permis un acces facil al utilizatorului la preparate ieftine, sub standardele în vigoare, contrafăcute, toxice.

Astfel de produse se asociază cu apariția unor complicații serioase, cu potențial letal, deoarece sunt folosite timp îndelungat și pe o suprafață corporală mare, adesea în condiții de umiditate și temperatură tropicale, ceea ce favorizează absorbția lor transcutanată. Unele asemenea complicații, precum ocronoza exogenă și *colloid milium*, au fost raportate, inițial, în anul 1975, la pacienții de culoare din America de Nord și din Africa de Sud.[4] Ocronoza exogenă este legată de utilizarea hidrochinonei și presupune o pigmentare ceroasă, murdară, verde-maronie, pe suprafețele de piele expuse la soare. Leziunea primară de *colloid milium* este o papulă cu aspect translucid și un diametru de 1-5 mm, vizibilă pe zonele epidermei în contact cu razele solare. Formele pigmentate de *colloid milium* sunt asociate cu ocronoza exogenă indusă de hidrochinonă. Leziunile fuzionează frecvent în noduli sau în plăci și doar rareori îmbracă aspectul unor veruci.

Așa cum reiese dintr-o recentă sinteză a literaturii referitoare la efectele adverse ale cosmeticelor pentru albirea pielii, natura aditivilor din compoziția lor și metodele de aplicare cutanată au accentuat complicațiile, care au devenit din ce în ce mai complexe și grave.[3] Dintre ele, ocronoza exogenă este cea mai periculoasă. Ea se poate datora aplicării topice a intermediarilor fenolici, cum este, de exemplu, hidrochinona – aceasta determină, local, inhibiția specifică a enzimei homogentizic-acidoxidaza, ceea ce se soldează cu acumularea substanței în fibrele de colagen, din zona pe care a fost utilizată. Modificările histologice determinate de afecțiunea în speță, depistate prin biopsie cutanată, sunt similare celor observate în alcaptonurie, o afecțiune congenitală generată de lipsa homogentizic-acidoxidazei renale și a celei hepatice. Alte complicații sunt vindecarea deficitară a leziunilor, dehiscența rănilor, "sindromul mirosului de pește",[5] nefropatia,[6] sindromul de dependență steroidiană, predispoziția la infecții, precum și un spectru larg de reacții adverse cutanate și endocrinologice ale corticosteroizilor, precum supresia axului hipotalamo-pituitar-adrenal și, rareori, cancerul cutanat.[3,7]

Eşti medic?

Cauţi noutăţile din domeniul sanitar?

PaginaMedicala.ro îţi oferă toate serviciile de care ai nevoie:

- Calendarul complet de evenimente
- Consiliere juridică GRATUITĂ
- Jurnale medicale internaţionale
- Ştiri de ultimă oră din domeniul medical
- Jurnale TV
- Dialog cu reprezentanţii companiilor din domeni
- Serviciul "Site personal"

Intră şi tu în comunitatea medicală online, accesând www.paginamedicala.ro

Scanned with OKEN Scanner

Yetunde Molumide, professor of medicine, University of Lagos, Lagos, Nigeria, **mercyolumide2004@yahoo.co.uk**

Conflicte de interese: Niciunul de declarat.

Proveniență și modalitate de recenzare: Articol comandat, fără evaluare externă.

Use of skin lightening creams
Lack of recognition and regulation is having serious medical consequences

Citați articolul ca:
***BMJ* 2011;341:c6102**
doi: 10.1136/bmj.c6102

Albirea pielii a devenit o practică foarte comună la africani. Cercetările au arătat valori diferite ale prevalenței acesteia: 27,6% la bărbați și 49,75% la femei, conform unui sondaj efectuat în rândul comercianților din capitala Nigeriei, Lagos;[8] 71,9% la femei și 53,3% la bărbați, potrivit unui studiu ce viza studenții unei instituții terțiare din orașul nigerian Enugu;[2] și 26% în rândul femeilor din Senegal și, respectiv, 60,7%, printre cele din Iordania.[9, 10]

Obiceiul menționat a fost încurajat de mai mulți factori. Pentru a face publicitate unei game largi de produse cum sunt, de exemplu, cele de toaletă, cosmeticele (nu neapărat din gama celor cu efect de albire), băuturile alcoolice, și îmbrăcămintea, se apelează cel mai des la persoanele de sex feminin cu tenul mai deschis. O mulțime de femei celebre – de pildă, din industria de divertisment – recurg și ele la această practică. Astfel, principalul semnal recepționat de către oamenii fără suficient discernământ este că persoanele cu tenul deschis sunt frumoase și de succes. Comparativ cu non-utilizatorii, cei care folosesc produse de albire a pielii sunt de părere că un ten deschis are o influență pozitivă în ceea ce privește respectul de sine, percepția asupra frumuseții și a tinereții, căsătoria și oportunitățile de angajare.[10] Unii pretind că aplică o astfel de cremă pentru a-și trata diverse defecte ale pielii, precum acneea sau melasma.[2, 3, 9, 10]

În afara Africii, asemenea produse nu se vând, de regulă, în cadrul raioanelor de cosmetice ale magazinelor ori ale farmaciilor. Ele sunt realizate de către companiile internaționale exclusiv pentru export sau sunt fabricate în Africa pentru uz local și pentru export (în mare parte, prin contrabandă) în țări unde sunt solicitate de public pe scară largă. Comercializarea lor se face, de obicei, numai în magazinele autohtone unde se vând mărfuri alimentare etnice ori în ghetourile destinate africanilor sau oamenilor de culoare.

Când ar trebui să suspecteze clinicienii folosirea agenților de albire? Prezentarea clinică depinde, în mare măsură, de durata utilizării și de ingredientul activ din produsul cosmetic incriminat. Istoricul este imprecis, deoarece pacienții neagă folosirea unor astfel de preparate sau pretind că nu știu ce rol au. Trebuie să ne ridice suspiciuni orice persoană de culoare a cărei piele are un aspect nefiresc de alb. Deseori, transpirația respectivilor pacienți are iz de pește putred, datorită trimetilaminei excretate prin respirație, urină, transpirație, salivă și secreții vaginale. Cele mai frecvente complicații ale folosirii hidrochinonei sunt – așa cum s-a semnalat mai sus – ocronoza exogenă și *colloid milium*. E posibil ca oamenii care utilizează cantități mari de creme cu corticosteroizi să prezinte infecții fungice superficiale extensive ale pielii; vegetații extensive filiforme virale; acnee vulgară severă, pe fondul unui ten decolorat; foliculită, în special la nivel axilar; și vergeturi. Pielea este foarte fragilă, apare dehiscența plăgii după chirurgie sau vindecarea întârziată a rănilor.

Pentru combaterea problemei au fost luate măsuri ce s-au dovedit a fi neadecvate. În 1995, Nigerian Food, Cosmetics and Drugs Regulatory Agency (Agenția Nigeriană pentru Reglementări în Domeniul Alimentelor, Cosmeticelor și Medicamentelor) a interzis producerea și vânzarea produselor cosmetice pe bază de hidrochinonă și de mercur,[1] dar a aprobat mai târziu un nou sortiment, "Venus Skin Toning Cream".

Companiile internaționale care realizează creme cu corticosteroizi probabil că știu foarte bine că produsele lor sunt utilizate greșit sub formă de cosmetice. Din motive financiare, unele dintre ele au preferat să pretindă că nu cunosc situația. În plus, circulația neîngrădită a mărfurilor între diferitele state africane implică faptul că nicio țară nu este imună, chiar dacă încearcă să-și protejeze cetățenii prin legislație.

Diverse persoane și organizații – de exemplu, Asociația Medicală a Femeilor din Nigeria, Asociația Dermatologilor din Nigeria, Asociația Studenților Medicinești din Nigeria și unele organizații religioase – au întreprins numeroase acțiuni de educare a publicului cu privire la pericolele iminente asociate folosirii unor asemenea produse, dar impactul lor – dacă a existat așa ceva – rămâne să fie atestat documentar.

Complicațiile pot fi prevenite doar dacă toate părțile implicate își vor revizui atitudinea. Să ne străduim, așadar, să schimbăm valorile și percepția socială despre frumusețe, să atragem atenția asupra efectelor periculoase

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

ale unor asemenea preparate de uz cosmetic. Cremele de albire a tenului, în special cele cu corticosteroizi fluorinați puternici, ar trebui să fie disponibile doar cu rețetă, așa cum se întâmplă în statele dezvoltate. Întrucât comerțul transfrontalier între țările africane este liber, comunitățile regionale ar trebui să acționeze în consecință, pentru a pune în aplicare această lege.

Traducere: Dr. Adriana Mihaela Pîrvu

1 Cosmetic Product Regulations (Prohibition of bleaching agents etc). *Extraordinary Federal Republic of Nigeria Official Gazette* 1995;82(31c).
2 Ofondu EO. Cosmetic use of bleaching creams in Enugu [Nigerian FMCP dissertation]. National Postgraduate Medical College, Nigeria, 2003.
3 Olumide YM, Akinkugbe AO, Altraide D, Mohammed T, Ahamefule N, Ayanlowo S, et al. Complications of chronic use of skin lightening cosmetics. *Int J Dermatol* 2008; 47: 344-53.
4 Findlay GH, Morrison JGL, Simson IW. Exogenous ochronosis and colloid millium from hydroquinone bleaching creams. *Br J Dermatol* 1975;613-22.
5 Shelley ED, Shelley WB. The fish odour syndrome: trimethylaminuria. *JAMA* 1984; 251: 253-5.
6 Chakera A, Lasserson D, Beck LH Jr, Roberts ISD, Winearls CG. Membranous nephropathy after use of UK-manufactured skin creams containing mercury. *QJM* 2010; doi: 10.1093/qjmed/hcq209.
7 Addo HA. Squamous cell carcinoma associated with prolonged bleaching. *Ghana Med J* 2000; 34: 3.
8 Adebajo SB. An epidemiologic survey of the use of skin lightening cosmetics among traders in Lagos, Nigeria. *West Afr J Med* 2002; 21: 51-5.
9 Del Giudice P, Yves P. The widespread use of skin lightening creams in Senegal: a persistent public health problem in West Africa. *Int J Dermatol* 2002; 41: 69-72.
10 Hamed SH, Tayyen R, Nimer N, Alkhatib HS. Skin-lightening practice among women living in Jordan: revalence, determinants, and user's awareness. *Int J Dermatol* 2010; 49: 414-20.

Protejarea sănătății publice după urgențe nucleare majore

Criza nucleară din Japonia este un memento elocvent al lecțiilor din trecut

DAVID NUNUK/SPL

Steven M Becker associate professor and vice chair, Department of Environmental Health Science, University of Alabama at Birmingham, Birmingham, AL 35294, **USAsmbecker@uab.edu**

Conflicte de interese: Autorul a completat formularul Unified Competing Interest de pe www.icmje.org/coi_disclosure.pdf (disponibil, la cerere, de la autorul responsabil cu corespondența) și a declarat că nu a avut: niciun suport de la vreo organizație pentru lucrarea de față; în ultimii trei ani, nicio relație financiară cu vreo organizație ce ar putea avea vreun interes legat de lucrarea

Situația de urgență de la instalația nucleară de la Fukushima Daiichi, din Japonia, prezintă câteva caracteristici unice, distinctive fiind circumstanțele combinate care au generat-o: un cutremur de pământ masiv, urmat de un imens tsunami. Criza nucleară niponă are, însă, și asemănări notabile cu alte situații similare din trecut și este un memento al unor învățăminte de viață esențiale.

Una dintre lecții o constituie faptul că, în secolul XXI, distincția dintre dezastrele naturale și cele tehnologice devine tot mai vagă. Peste tot în lume, o mare varietate de instalații ce utilizează materiale cu risc sunt amplasate în vecinătatea zonelor populate, așa încât catastrofele naturale pot declanșa rapid avarii tehnologice secundare de proporții. Un cutremur din Turcia, din 1999, a afectat mai multe instalații industriale, determinând scurgeri de substanțe cu potențial nociv, ceea ce a impus evacuarea a mii de oameni, dar și abandonarea unor operațiuni de căutare și salvare a victimelor cutremurului.[1] În ciuda riscului crescut al unor asemenea dezastre combinate, puține țări sunt pregătite adecvat pentru a face față tipurilor speciale de provocări implicate de catastrofele naturale și de cele industriale.

Situația din Japonia ne reamintește, totodată, faptul că toate situațiile de urgență nucleare sunt, până la urmă, internaționale. Într-o epocă în care comerțul și turismul sunt integrate la nivel global, un accident precum cel de la Fukushima implică, inevitabil, oamenii, comerțul, guvernele și sistemele de sănătate ale multor națiuni – stă mărturie dezastrul nuclear din 1986, de la Cernobîl, dar chiar și un eveniment de proporții mai reduse, cum a fost intoxicarea lui Alexander Litvinenko cu poloniu radioactiv, din 2006, ambele implicând, din partea autorităților sanitare ale unor țări aflate la mare depărtare, imperativul organizării unor programe de screening pentru cetățenii lor care vizitaseră Londra.[2,5] Urgențele nucleare indică necesitatea ca oficialitățile din sfera sănătății, din întreaga lume, să fie oricând pregătite să răspundă la cele mai diverse întrebări ori la solicitările de sfaturi și îndrumări și să aibă posibilitatea de-a identifica, a depista și-a urmări cetățenii ce ar putea fi afectați. Națiunile, la rândul lor, trebuie să aibă capacitatea de-a ofe-

Scanned with OKEN Scanner

prezentată; nicio altă relație sau activitate ce ar putea să fi influențat materialul de față.

Proveniență și modalitate de recenzare: Articol comandat, fără evaluare externă.

Protecting public health after major radiation emergencies
Nuclear crisis in Japan is a powerful reminder of past lessons

Citați articolul ca:
BMJ 2011;342:d1968
doi: 10.1136/bmj.d1968

ri prompt, autorităților sanitare ale altor state, informații exacte cu privire la incidente.

O altă lecție importantă este și faptul că impactul psiho-social al unei asemenea catastrofe este foarte puternic. Iradierea este unul din riscurile cele mai de temut, iar când este corelată și cu trauma provocată de un dezastru, e posibil ca oamenii să sufere de tulburări de anxietate ori depresive, să aibă o persistentă senzație subiectivă de boală ori un profund pesimism cu privire la viitor, precum și multiple simptome fizice inexplicabile. Astfel de efecte mai pot apărea ca "rezultat al percepției, și nu al unei expuneri reale la iradiere."[6] Analiza Organizației Mondiale a Sănătății cu privire la consecințele dezastrului de la Cernobîl a evidențiat acest lucru și a conchis că impactul psihologic a reprezentat "cea mai gravă problemă de sănătate publică produsă de accident până în prezent." Deși au trecut mai multe decenii de-atunci, nu sunt semne că teama oamenilor ar fi scăzut în intensitate, "fiind posibil ca ea să depășească limita zonelor prejudiciate, afectând o mare parte a populației."[7]

Autoritățile sanitare trebuie să țină cont de aceste aspecte, astfel încât, după orice urgență nucleară la scară extinsă, să poată asigura atât asistența medicală necesară și suportul psihologic integrat cât și personal specializat, capabil să identifice persoanele cele mai vulnerabile. De exemplu, cercetările incidentului nuclear de la Cernobîl și a celui de la Three Mile Island, din 1979, arată că mamele cu copii mici au o probabilitate considerabil mai mare de-a resimți impactul psihologic al unei astfel de calamități.[8]

Situația de la Fukushima este și un memento pentru una dintre cele mai importante lecții însușite din experiența accidentelor nucleare anterioare, și anume, că furnizarea promptă a unor date exacte, clare și credibile poate fi singura cale ce permite salvarea de vieți omenești, reducerea traumelor și a bolilor, prevenirea consecințelor psiho-sociale și menținerea încrederii populației.[9] Informațiile neadecvate și contradictorii oferite după incidentul de la Three Mile Island au declanșat fuga în masă a locuitorilor din zona afectată. După Cernobîl, faptul că autoritățile nu au avertizat oamenii să nu consume lapte și produse lactate, contaminate în urma dezastrului, a dus la ingestia unei cantități semnificative de Iod[131] de către multe persoane, ceea ce s-a soldat, în timp, cu o creștere spectaculoasă a cazurilor de cancer tiroidian la copii.[6]

Răspunsul în cazul situației de urgență de la Fukushima a arătat că există probleme de comunicare. Mai cu seamă informația oferită de către compania furnizoare de energie (și, într-o oarecare măsură, de către guvern), la scurt timp după producerea incidentului, a fost considerată de mulți drept neadecvată, neclară și generatoare de confuzie. Publicul a manifestat imediat reacții de neîncredere, de furie, teamă și anxietate. Ulterior, agențiile guvernamentale s-au străduit să îmbunătățească procesul de informare în masă.

După orice dezastru nuclear, profesioniștii din cadrul rețelei de asistență medicală au un rol vital în ținerea la curent a populației cu evoluția situației. În multe cazuri similare, masele de oameni au încercat cu frenezie să-și procure iodură de potasiu (KI) sau alți compuși chimici presupuși a fi înlocuitori la fel de eficienți. În China, mulțimile au luat cu asalt magazinele ca să cumpăre sare iodată; în alte părți, consumatorii au fost atenționați să nu bea substanțe dezinfectante pe bază de iod; Food and Drug Administration din SUA a trebuit să emită un avertisment privitor la tabletele și soluțiile contrafăcute de KI și au existat cazuri de persoane care au supradozat suplimentele din plante pe care le luaseră ca substituent al iodurii de potasiu. Specialiștii din domeniul sănătății trebuie să explice clar populației când și cum să utilizeze KI, care sunt riscurile administrării ei atunci când nu este necesară și ce prejudicii îi poate aduce ingerarea substanțelor pe bază de iod, care nu sunt destinate administrării interne. Astfel de recomandări au fost elaborate de către agențiile din sectorul sănătății publice. În plus, Department of Health and Human Services din SUA a creat o sursă unică de informare atotcuprinzătoare pentru specialiștii din sănătate, ce poate fi găsită pe website-ul Radiation Emergency Medical Management (www.remm.nlm.gov/). Centers for Disease Control and Prevention au prezentat un summum de recomandări specifice destinate femeilor gravide (http://emergency.cdc.gov/radiation/).

Copiii pot fi expuși acelorași evenimente traumatice ca și adulții, dar ei nu au nici capacitatea necesară pentru a face față situațiilor, nici maturitatea afectivă de care ar avea nevoie ca să le înțeleagă. Cadrele medicale, în colaborare cu spe-

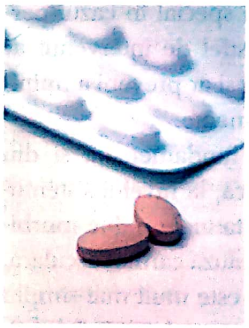
cialiştii în domeniul sănătăţii comportamentale, pot fi de ajutor prin elaborarea şi furnizarea informaţiilor privitoare la urgenţele nucleare, adecvate fiecărei vârste. Un atare demers este important mai ales când se pune problema verificării contaminării radioactive a copiilor.[10,11] În prezent există puţine asemenea materiale specifice fiecărei vârste, aşa că realizarea lor este un imperativ.

Traducere: Dr. Rodica Chirculescu

1 Cruz AM, Steinberg LJ, Arellano ALV, Nordvik JP, Pisano F. State of the art in Natech risk management. Publication EUR 21292 EN. Joint Research Centre, The European Commission, 2004.
2 Rubin GJ, Page L, Morgan O, Pinder RJ, Riley P, Hatch S, et al. Public information needs after the poisoning of Alexander Litvinenko with polonium-210 in London: cross sectional telephone survey and qualitative analysis. *BMJ* 2007; 335: 1143.
3 Deitchman S, Miller C, Jones RL, Whitcomb RC, Nemhauser JB, Halpin J, et al. CDC grand rounds: radiological and nuclear preparedness. *Morbid Mortal Wkly Rep* 2010:59:1178-81.
4 Cornett J, Tracy B, Kramer G, Whyte J, Moodie G, Auclair JP, et al. Polonium-210: lessons learned from the contamination of individual Canadians. *Radiat Prot Dosimetry* 2009;134:164-6.
5 Brosh-Nissimov T, Havkin O, Davidovitch N, Poles L, Shapira C. Suspected radioactive contamination: evaluation of 45 Israeli citizens potentially exposed to polonium-210 in London. *Isr Med Assoc J* 2008;10:99-103.
6 WHO. Health effects of the Chernobyl accident and special health care programmes. Report of the UN Chernobyl forum expert group "health". 2006. www.who.int/ionizing_radiation/chernobyl/who_chernobyl_report_2006.pdf .
7 Chernobyl's legacy: health, environmental and socioeconomic impacts and recommendations to the governments of Belarus, the Russian Federation and Ukraine. The Chernobyl Forum: 2003-2005. Second revised version. International Atomic Energy Agency, 2006.
8 Bromet EJ, Havenaar JM, Guey LT. A 25 year retrospective review of thepsychological consequences of the Chernobyl accident. *Clin Oncol (R Coll Radiol)* 2011; published online 15 Feb.
9 Becker SM. Emergency communication and information issues in terrorism events involving radioactive materials. *Biosecur Bioterror* 2004:2:195-207.
10 Gurwitch RH, Kees M, Becker SM, Schreiber M, Pfefferbaum B, Diamond D. When disaster strikes: responding to the needs of children. *Prehospital Disaster Med* 2004:19:21-8.
11 Vetter RJ, Becker SM, Carbaugh E, Cassata JR, Davis S, Fong FH Jr, et al. Population monitoring and decontamination following a nuclear/radiological incident. National Council on Radiation Protection and Measurements (forthcoming).

Recomandarea statinelor în prevenţia primară a bolilor cardiovasculare

Nu este necesară în cazul persoanelor cu risc foarte scăzut şi este bine ca tratamentul să fie individualizat în funcţie de riscul fiecărui pacient



JAMES KING-HOLMES/SPL

Irena Nulman associate professor of paediatrics, University of Toronto, Division of Clinical Pharmacology, Hospital for Sick Children, Toronto, ON, Canada M5G 1X8
irena.nulman@sickkids.ca

Prescrierea statinelor în cazul pacienţilor cu boală cardiovasculară aterosclerotică este susţinută ferm de dovezi, iar punctul de vedere conform căruia îmbunătăţirea supravieţuirii se datorează, în mare parte, acestor medicamente este, categoric, realist.[1,2] Situaţia rolului statinelor în cazul femeilor şi bărbaţilor care nu au o afecţiune cardiovasculară cert diagnosticată este mai puţin clară şi a fost subliniată într-o sinteză sistematică Cochrane realizată de curând.[3]

Lucrarea sus-menţionată, cu criterii de includere ceva mai restrictive decât cele ale altor analize recente (ce au avut în vedere un număr dublu de cazuri), a evaluat 14 studii care au înrolat circa 34 000 de subiecţi fără boală cardiovasculară atestată. În cazul celor trataţi cu statine s-a constatat scăderea valorilor mai multor parametri: mortalitatea de orice cauză (în medie, de 1% *per* an de observaţie), cu 17%; bolile coronariene fatale şi cele non-fatale, cu 28%; atacul vascular cerebral fatal şi cel non-fatal, cu 22%; iar rata revascularizării, cu 34%, pe o perioadă de trei-patru ani. Alte metaanalize recente[4-7] au raportat valori comparabile, fapt ce ne îndreptăţeşte să afirmăm că statinele oferă beneficii substanţiale în privinţa bolii coronariene şi a revascularizării, şi ceva mai modeste în cazul ataculu[illegible] cerebral; de asemenea, ele reuşesc să micşoreze mortalitatea globală cu 10-15%. Interesantă, dintr-o perspectivă teoretică, este o dezbatere pe tema estimării "reale" a unor atari reduceri ale riscului, dar relevanţa practică a prezentei dezbateri este limitată; în realitate se pune întrebarea: care subgrup din populaţia relativ sănătoasă este cel mai potrivit pentru iniţierea, în principiu, a tratamentului pe termen lung cu statine?

Scanned with OKEN Scanner

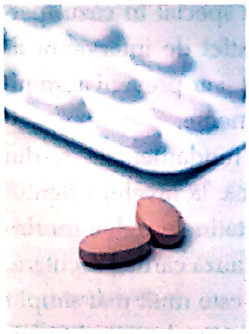
cialiştii în domeniul sănătăţii comportamentale, pot fi de ajutor prin elaborarea şi furnizarea informaţiilor privitoare la urgenţele nucleare, adecvate fiecărei vârste. Un atare demers este important mai ales când se pune problema verificării contaminării radioactive a copiilor.[10,11] În prezent există puţine asemenea materiale specifice fiecărei vârste, aşa că realizarea lor este un imperativ.

Traducere: Dr. Rodica Chirculescu

1 Cruz AM, Steinberg LJ, Arellano ALV, Nordvik JP, Pisano F. State of the art in Natech risk management. Publication EUR 21292 EN. Joint Research Centre, The European Commission, 2004.
2 Rubin GJ, Page L, Morgan O, Pinder RJ, Riley P, Hatch S, et al. Public information needs after the poisoning of Alexander Litvinenko with polonium-210 in London: cross sectional telephone survey and qualitative analysis. *BMJ* 2007; 335: 1143.
3 Deitchman S, Miller C, Jones RL, Whitcomb RC, Nemhauser JB, Halpin J, et al. CDC grand rounds: radiological and nuclear preparedness. *Morbid Mortal Wkly Rep* 2010:59:1178-81.
4 Cornett J, Tracy B, Kramer G, Whyte J, Moodie G, Auclair JP, et al. Polonium-210: lessons learned from the contamination of individual Canadians. *Radiat Prot Dosimetry* 2009;134:164-6.
5 Bosh-Nissimov T, Havkin O, Davidovitch N, Poles L, Shapira C. Suspected radioactive contamination: evaluation of 45 Israeli citizens potentially exposed to polonium-210 in London. *Isr Med Assoc J* 2008;10:99-103.
6 WHO. Health effects of the Chernobyl accident and special health care programmes. Report of the UN Chernobyl forum expert group "health". 2006. www.who.int/ionizing_radiation/chernobyl/who_chernobyl_report_2006.pdf.
7 Chernobyl's legacy: health, environmental and socioeconomic impacts and recommendations to the governments of Belarus, the Russian Federation and Ukraine. The Chernobyl Forum: 2003-2005. Second revised version. International Atomic Energy Agency, 2006.
8 Bromet EJ, Havenaar JM, Guey LT. A 25 year retrospective review of thepsychological consequences of the Chernobyl accident. *Clin Oncol (R Coll Radiol)* 2011; published online 15 Feb.
9 Becker SM. Emergency communication and information issues in terrorism events involving radioactive materials. *Biosecur Bioterror* 2004:2:195-207.
10 Gurwitch RH, Kees M, Becker SM, Schreiber M, Pfefferbaum B, Diamond D. When disaster strikes: responding to the needs of children. *Prehospital Disaster Med* 2004:19:21-8.
11 Vetter RJ, Becker SM, Carbaugh E, Cassata JR, Davis S, Fong FH Jr, et al. Population monitoring and decontamination following a nuclear/radiological incident. National Council on Radiation Protection and Measurements (forthcoming).

Recomandarea statinelor în prevenţia primară a bolilor cardiovasculare

Nu este necesară în cazul persoanelor cu risc foarte scăzut şi este bine ca tratamentul să fie individualizat în funcţie de riscul fiecărui pacient



JAMES KING-HOLMES/SPL

Irena Nulman associate professor of paediatrics, University of Toronto, Division of Clinical Pharmacology, Hospital for Sick Children, Toronto, ON, Canada M5G 1X8
irena.nulman@sickkids.ca

Prescrierea statinelor în cazul pacienţilor cu boală cardiovasculară aterosclerotică este susţinută ferm de dovezi, iar punctul de vedere conform căruia îmbunătăţirea supravieţuirii se datorează, în mare parte, acestor medicamente este, categoric, realist.[1,2] Situaţia rolului statinelor în cazul femeilor şi bărbaţilor care nu au o afecţiune cardiovasculară cert diagnosticată este mai puţin clară şi a fost subliniată într-o sinteză sistematică Cochrane realizată de curând.[3]

Lucrarea sus-menţionată, cu criterii de includere ceva mai restrictive decât cele ale altor analize recente (ce au avut în vedere un număr dublu de cazuri), a evaluat 14 studii care au înrolat circa 34 000 de subiecţi fără boală cardiovasculară atestată. În cazul celor trataţi cu statine s-a constatat scăderea valorilor mai multor parametri: mortalitatea de orice cauză (în medie, de 1% *per* an de observaţie), cu 17%; bolile coronariene fatale şi cele non-fatale, cu 28%; atacul vascular cerebral fatal şi cel non-fatal, cu 22%; iar rata revascularizării, cu 34%, pe o perioadă de trei-patru ani. Alte metaanalize recente[4-7] au raportat valori comparabile, fapt ce ne îndreptăţeşte să afirmăm că statinele oferă beneficii substanţiale în privinţa bolii coronariene şi a revascularizării, şi ceva mai modeste în cazul atacului vascular cerebral; de asemenea, ele reuşesc să micşoreze mortalitatea globală cu 10-15%. Interesantă, dintr-o perspectivă teoretică, este o dezbatere pe tema estimării "reale" a unor atari reduceri ale riscului, dar relevanţa practică a prezentei dezbateri este limitată; în realitate se pune întrebarea: care subgrup din populaţia relativ sănătoasă este cel mai potrivit pentru iniţierea, în principiu, a tratamentului pe termen lung cu statine?

Scanned with OKEN Scanner

Conflicte de interese: Niciunul de declarat.

Proveniență și modalitate de recenzare: Articol comandat, fără evaluare externă.

Statins for primary prevention of cardiovascular disease
Are not needed for people at very low risk and should be tailored to individual risk in everyone else

Citați articolul ca:
BMJ 2011;342:d1048
doi: 10.1136/bmj.d1048

Autorii sintezei Cochrane au conchis: dacă riscul de apariție al evenimentelor cardiovasculare este mai mare de 2% pe an, beneficiile medicamentelor în speță vor depăși eventualele pericole implicate de administrarea lor. Limita menționată este similară celei prevăzute în ghidurile americane, dar nu și celei din recomandările europene.[1-8] Trebuie precizat faptul că pacienții cu boală arterială coronariană stabilă cu risc scăzut, atât cei din SUA cât și cei din Europa, au același risc de boală cardiovasculară.[9] Înainte de a discuta care este pragul inferior de risc cel mai adecvat pentru inițierea tratamentului preventiv ar fi bine să ne întrebăm cât de corectă este evaluarea riscului în cazul persoanelor fără dovezi clinice de boală cardiovasculară.

Deși răspunsul cel mai logic este utilizarea modelelor de predicție a riscului, trebuie precizat faptul că acestea au unele limitări.[10] Ele iau în calcul valori medii atunci când fac estimări, au o forță discriminatorie și o precizie limitate, iar nivelul ce dictează necesitatea începerii terapiei depinde de diferențele mici dintre valorile riscului evaluat. Prin definiție, grupul pentru care s-a calculat riscul maxim cuprinde o proporție infimă din încărcătura totală de afecțiuni cardiovasculare: cel mai mare număr de evenimente cardiovasculare nu se va înregistra în cadrul acestei populații, relativ minoritare și care este cea mai puternic expusă, ci în rândul unui grup mult mai numeros de persoane, dar cu risc mai scăzut, adică intermediar sau mediu. Interesant este că, potrivit niciunui studiu, utilizarea modelelor predictive nu a îmbunătățit rezultatele clinice, dar se consideră că managementul factorilor de risc trebuie să fie mai agresiv în rândul oamenilor expuși unei probabilități mai mari de instalare a unor afecțiuni cardiovasculare.

Acestea fiind lămurite, valorile colesterolului și ale presiunii arteriale sunt, de obicei, moderat crescute, iar riscul actual în modelele predictive existente depinde de sex și de vârstă. Așadar, bărbații se "califică" mult mai devreme decât femeile pentru inițierea intervențiilor preventive. Sexul feminin dezvoltă afecțiuni cardiovasculare la vârste mai înaintate și, adesea, în forme mai mature (de exemplu, infarct miocardic fără creșterea segmentului ST, atac vascular cerebral și insuficiență cardiacă), spre deosebire de infarctul însoțit de creșterea segmentului ST (și moarte subită), la bărbați. În momentul în care, la femei, apare forma clinică manifestă a bolii cardiovasculare, e posibil ca maladia aterosclerotică silențioasă să-și fi extins deja aria de afectare, fapt ce impune adăugarea unui tratament antihipertensiv la cel cu statine.

Alte metode de evaluare a riscului de boală cardiovasculară utilizează biomarkeri specifici, precum evaluarea proteinei C reactive prin metode foarte sensibile sau prin tehnici imagistice, precum tomografia computerizată.[11] Calcificarea coronariană substanțială este clar asociată cu rezultate mai defavorabile, dar nu a fost demonstrat că aplicarea respectivelor tehnici contribuie la reducerea complicațiilor clinice, în comparație cu evaluarea uzuală a riscului, în special dacă privim problema prin prisma raportului cost/eficiență.

Trebuie să ne reamintim că tratamentul pentru scăderea colesterolului este doar o parte din abordarea ABCDE pentru prevenirea afecțiunilor cardiovasculare – Evaluarea riscului în scopul determinării eligibilității bolnavilor pentru inițierea unei scheme terapeutice cu agenți hipocolesterolemianți plus aspirină (A); Controlul presiunii arteriale (B); Managementul colesterolului și oprirea fumatului (C); Îmbunătățirea dietei (D); Exercițiile (E).[12] Clinicienii ar trebui să-și îmbunătățească modalitățile prin care i-ar putea ajuta pe bolnavi să-și amelioreze susținut stilul de viață. În special în cazul persoanelor relativ tinere, astfel de intervenții ar avea efect pe termen lung și ar preveni administrarea inutilă de medicamente.

Datele din cercetarea fundamentală și din studiile clinice arată clar că, la nivelul sistemului de îngrijire primară, statinele reduc morbiditatea și mortalitatea de cauză cardiovasculară. În era statinelor generice este mult mai simplu să avem o justificare pentru scăderea colesterolului la persoanele de vârstă medie și la cele în etate. Există doar câteva elemente negative, deoarece peste 90% dintre oameni vor tolera medicamentele fără nicio problemă. Dat fiind efectul important al statinelor asupra evenimentelor de tip infarct miocardic, revascularizare coronariană și atac vascular cerebral, o asemenea terapie ar putea fi și cost-eficientă. Dacă în prezent există o punere de acord, mai

Scanned with OKEN Scanner

mult sau mai puțin universală, asupra rolului statinelor, merită a fi studiată mai în detaliu cost-eficiența formulelor mai ieftine, care nu a fost evaluată în sinteza Cochrane.

Din punct de vedere al dovezilor, statinele ar trebui luate serios în considerare în cazul pacienților cu diabet – cel puțin până la vârsta de 50 de ani, la sexul masculin și, respectiv, 60, la cel feminin –, precum și la bărbații de la 55 de ani în sus, cu multipli factori de risc, și la femeile de peste 65 de ani. Pentru vârstnici ar putea fi suficiente doze relativ scăzute de statine, iar în cazul celor care au și hipertensiune, este necesar să se instituie tratamentul adecvat, dată fiind corelația puternică dintre aceasta și apariția, la persoanele în etate, a insuficienței cardiace și a atacului vascular cerebral.

Traducere: Dr. Gianina Luca

1 Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, Boysen G, Burell G, Cifkova R, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary: Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *Eur Heart J* 2007;28:2375-414.
2 Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). *Lancet* 1994; 344: 1383-9.
3 Taylor F, Ward K, Moore TH, Burke M, Davey Smith G, Casas JP, et al. Statins for the primary prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;1:CD004816.
4 Brugts JJ, Yetgin T, Hoeks SE, Gotto AM, Shepherd J, Westendorp RG, et al. The benefits of statins in people without established cardiovascular disease but with cardiovascular risk factors: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2009;338:b2376.
5 Ray KK, Seshasai SR, Erqou S, Sever P, Jukema JW, Ford I, et al. Statins and all-cause mortality in high-risk primary prevention: a meta-analysis of 11 randomized controlled trials involving 65,229 participants. *Arch Intern Med* 2010;170:1024-31.
6 Thavendiranathan P, Bagai A, Brookhart MA, Choudhry NK. Primary prevention of cardiovascular diseases with statin therapy: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Arch Intern Med* 2006;166:2307-13.
7 Mills EJ, Rachlis B, Wu P, Devereaux PJ, Arora P, Perri D. Primary prevention of cardiovascular mortality and events with statin treatments: a network meta-analysis involving more than 65 000 patients. *J Am Coll Cardiol* 2008;52:1769-81.
8 Grundy SM, Cleeman JI, Merz CN, Brewer HB Jr, Clark LT, Hunninghake DB, et al. Implications of recent clinical trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III guidelines. *Circulation* 2004;110:227-39.
9 Braunwald E, Domanski MJ, Fowler SE, Geller NL, Gersh BJ, Hsia J, et al. Angiotensin-converting-enzyme inhibition in stable coronary artery disease. *N Engl J Med* 2004;351:2058-68.
10 Pasternak RC, Abrams J, Greenland P, Smaha LA, Wilson PW, Houston-Miller N. 34th Bethesda Conference: task force 1—identification of coronary heart disease risk: is there a detection gap? *J Am Coll Cardiol* 2003;41:1863-74.
11 Greenland P, Alpert JS, Beller GA, Benjamin EJ, Budoff MJ, Fayad ZA, et al. 2010 ACCF/AHA guideline for assessment of cardiovascular risk in asymptomatic adults: executive summary: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association task force on practice guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2010;56:2182-99.
12 Blumenthal RS, Michos ED. The HALTS trial—halting atherosclerosis or halted too early? *N Engl J Med* 2009;361:2178-80.

Vitamina D și densitatea minerală osoasă la copii

Este necesar un aport adecvat de vitamină D în timpul copilăriei și al adolescenței

CERCETARE, p. 212

Nick Shaw consultant paediatric endocrinologist, Department of Endocrinology, Birmingham Childrens Hospital, Birmingham B4 6NH, UK
nick.shaw@bch.nhs.uk

Conflicte de interese: Autorul a completat formularul Unified Competing Interest de pe www.icmje.org/coi_disclosure.pdf (disponibil la cerere de la autor corespondent) și a declarat că nu a beneficiat de sprijin de la nicio organizație pentru lucrarea prezentată; nu are relații financiare cu nicio organizație ce ar putea avea interes față de lucrarea prezentată în ultimii trei ani; nu are relații sau activități ce ar putea avea vreo influență asupra manuscrisului înaintat spre publicare.

Fracturile adultului, generate de osteoporoză, sunt o cauză substanțială de morbiditate și de mortalitate, serviciile medicale aferente având costuri anuale de aproximativ 2,3 miliarde £ în Marea Britanie (2,8 miliarde € și, respectiv, 3,6 miliarde $) și de circa 30 de miliarde $ în SUA. De aceea, sunt foarte importante măsurile preventive ce implică manipularea dezvoltării masei osoase de-a lungul copilăriei și al adolescenței. Creșterea conținutului de masă osoasă la adulții tineri ar putea avea un efect de durată asupra riscului de instalare în timp a osteoporozei. Deși factorii genetici explică 50-85% din variabilitatea densității minerale osoase la tineri, modificarea factorilor de mediu în timpul copilăriei ar putea influența conținutul mineral osos.[1] Unul dintre ei este vitamina D.

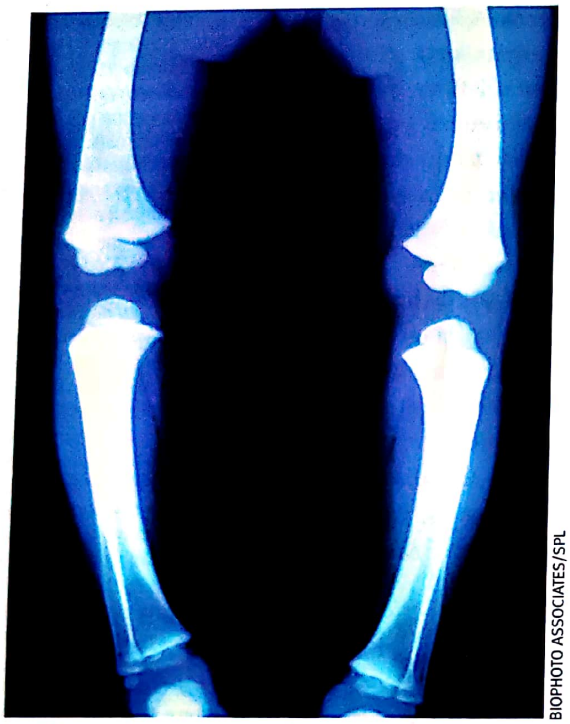
Într-o metaanaliză și o sinteză sistematică pe această temă, Winzenberg și colab. evaluează impactul suplimentării cu vitamină D asupra densității minerale osoase la copii.[1] Autorii demonstrează că intervenția vizată nu are niciun efect semnificativ asupra densității osoase generale corporale ori a celei de la nivelul șoldului și antebrațului (observându-se doar o ușoară tendință de creștere a valorii ei în regiunea coloanei vertebrale lombare), dar că, la copiii cu o concentrație serică scăzută de vitamină D (sub 35 nmol/l) a avut un impact considerabil asupra conținutului mineral total din sistemul osos și o

Scanned with OKEN Scanner

Proveniență și modalitate de recenzare: Articol comandat, fără evaluare externă.

Vitamin D and bone health in children
Adequate vitamin D status is needed throughout childhood and adolescence

Citați articolul ca:
BMJ 2011;342:d192
doi: 10.1136/bmj.d192



BIOPHOTO ASSOCIATES/SPL

Rahitismul este cea mai comună boală a sistemului osos ce afectează copiii din întreaga lume

semnificație la limită asupra coloanei vertebrale lombare. Autorii conchid că suplimentele nu sunt benefice la copiii cu un nivel normal al vitaminei D, dar pot ameliora substanțial manifestările clinice ale celor cu valori deficitare ale acesteia. Studiul completează o serie de cercetări anterioare ce relevau o asociere între concentrația de vitamină D și creșterea ulterioară a densității minerale osoase la fetițe în perioada pubertății.[2]

Care sunt implicațiile studiului de față asupra practicii clinice și a cercetării, având în vedere prevalența mare a deficitului de vitamină D la copiii din întreaga lume? Este nevoie de noi cercetări care să stabilească dacă asemenea modificări pe termen scurt ale densității minerale osoase persistă în timp. Conceptul de conținut mineral osos maxim ce influențează riscul de osteoporoză la adult a constituit, vreme de mai mulți ani, elementul-cheie în studiile intervenționale din practica pediatrică, dar a fost recent contestat.[3] O sinteză sistematică a studiilor ce vizau suplimentarea cu calciu la copil a arătat că, pe termen scurt, densitatea minerală osoasă se îmbunătățește, ameliorare care nu se menține pe termen lung.[4] Cele mai multe dintre cercetările efectuate până în prezent au folosit absorbțiometria duală cu raze X pentru stabilirea densității minerale osoase, iar informațiile cu privire la potențialele modificări în geometria osului și la rezistența estimată a acestuia sunt limitate.[5] Un recent trial controlat, randomizat, referitor la deficitul de vitamină D în rândul fetelor aflate în perioada post-menarhă, ce a folosit, pe lângă absorbțiometria dual cu raze X, tomografie computerizată cantitativă periferică, a arătat că suplimentele de vitamină D nu au niciun efect asupra geometriei și densității osoase; deși s-a considerat că aceasta din urmă se corelează cu riscul de fractură la copiii sănătoși, este bine ca fracturile să fie investigate ca rezultat independent – pe termen scurt, la copiii cu deficit de vitamină D, și pe termen lung, la adulți.

Cum este definit deficitul de vitamină D în practica clinică? Subiectul a fost intens dezbătut, dat fiind interesul actual al potențialului beneficiu extraosos al vitaminei D. S-a indicat ca nivelurile serice mai mari de 50 nmol/l sau chiar cele de peste 80 nmol/l să fie considerate drept concentrație suficientă.[6] Multe laboratoare și-au ajustat intervalul de referință pentru a respecta recomandările privind nivelul normal de vitamină D, rezultând, astfel, o creștere a prevalenței rezultatelor anormale.

În Marea Britanie, însă, recenta declarație de consens cu privire la vitamina D arată că nu există o definiție standard a nivelului ei optim și că valorile situate sub pragul de 25 nmol/l sunt considerate drept deficit;[7] chiar și la valoarea menționată, asemenea carențe sunt și în prezent înregistrate la copiii din întreaga lume. Conform unui studiu asupra adolescentelor din Beijing, concentrațiile serice de vitamină D mai mici de 12,5 nmol/l au o prevalență, pe timp de iarnă, de 45%.[8] Raportul National Diet and Nutrition Survey (Studiul național de urmărire a dietei și nutriției), realizat în perioada 2008-2009, nu a publicat încă rezultatele analizelor vitaminei D, dar probabil că vor confirma datele anterioare, ce arată că 20-34% dintre copiii asiatici din Marea Britanie, cu vârste mai mici de doi ani, au valori sub 25 nmol/l.[9]

Problema majoră stringentă a deficitului de vitamină D este rahitismul, afecțiunea osoasă cea mai răspândită în rândul copiilor din întreaga lume. În multe țări dezvoltate se înregistrează o recrudescență a afecțiunii citate, iar prevalența ei rămâne crescută în Asia, Africa și Orientul Mijlociu. Majoritatea statelor încearcă să abordeze

Scanned with OKEN Scanner

situația prin administrarea de suplimente grupurilor vulnerabile. Angajații din sistemul de sănătate trebuie să se asigure că acestea pot fi procurate ușor și că sunt prescrise corect. Experiența arată că suplimentarea cu vitamină D întâmpină obstacole logistice și că este nevoie de implicare susținută pentru ca acest demers să se traducă printr-o scădere a prevalenței rahitismului.[10]

În prezent, Marea Britanie nu are un sistem de referințe pentru aportul alimentar de vitamină D la copiii cu vârste de peste patru ani, ceea ce nu se întâmplă în restul Europei și în SUA,[11] deoarece se presupune că expunerea la razele soarelui asigură concentrații suficiente ale vitaminei D.[12] Sinteza realizată de Winzenberg și colab. sugerează, însă, că este nevoie de un aport adecvat al acesteia pe parcursul copilăriei și al adolescenței. Sunt șanse minime ca un asemenea obiectiv să fie atins doar prin suplimentare orală, așa că trebuie avute în vedere măsuri ce vizează atât îndrumarea cu privire la expunerea adecvată la razele de soare cât și fortificarea pe scară largă a alimentelor.

Traducere: Dr. Adriana Mihaela Pîrvu

1 Winzenberg T, Powell S, Shaw KA, Jones G. Effect of vitamin D supplementation on bone density in healthy children: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2011;342:c7254.
2 Lehtonen-Veromaa MKM, Mottonen TT, Nuotio IO, Irjala KMA, Leino AE, Viikari JSA. Vitamin D and attainment of peak bone mass among peripubertal Finnish girls: a 3-y prospective study. *Am J Clin Nutr* 2002;76:1446-53.
3 Gafni RI, Baron J. Childhood bone mass acquisition and peak bone mass may not be important determinants of bone mass in late adulthood. *Pediatrics* 2007;119:S131-6.
4 Winzenberg TM, Shaw K, Fryer J, Jones G. Calcium supplementation for improving bone density in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;2:CD005119.
5 Ward KA, Das G, Roberts SA, Berry JL, Adams JE, Rawer R, et al. A randomised controlled trial of vitamin D supplementation upon musculoskeletal health in postmenarchal females. *J Clin Endocrinol Metab* 2010;95:4643-51.
6 Misra M, Pacaud D, Petryk A, Collett-Solberg PF, Kappy M. Vitamin D deficiency in children and its management: review of current knowledge and recommendations. *Pediatrics* 2008;122:398-417.
7 National Osteoporosis Society. Consensus vitamin D position statement. 2010. www.mssociety.org.uk/downloads/vitamin_D_consensus_statement.33449be0.pdf.
8 Du X, Greenfield H, Fraser DR, Ge K, Trube A, Wang Y. Vitamin D deficiency and associated factors in adolescent girls in Beijing. *Am J Clin Nutr* 2001;74:494-500.
9 Lawson M, Thomas M. Vitamin D concentrations in Asian children aged 2 years living in England: population survey. *BMJ* 1999;318:28.
10 Shaw NJ, McGee E, Moy R, Debelle G, Fox M. Vitamin D supplementation— easier said than done [electronic response to Pearce SHS, Cheetham TD. Diagnosis and management of vitamin D deficiency]. *BMJ* 2010. www.bmj.com/content/340/bmj.b5664.full/reply#bmj_el_230270.
11 Institute of Medicine. Dietary reference intakes for calcium and vitamin D. 2010. www.iom.edu/Reports/2010/Dietary-Reference-Intakes-for-Calcium-and-Vitamin-D.aspx.
12 Lanham-New SA, Buttriss JL, Miles LM, Ashwell M, Berry JL, Boucher BJ, et al. Proceedings of the rank forum on vitamin D. *Br J Nutr* 2010;7:1-13.

Îngrijirile paliative la pacienţii cu boală pulmonară obstructivă cronică

Acceptarea pasivă a maladiei are implicaţii în ceea ce priveşte îngrijirile bolnavilor în stadiul terminal şi furnizarea de servicii medicale

CERCETARE, p. 213

Andrew Thoms consultant in palliative medicine
andrew_thoms@pilgrimshospice.org
Declan Cawley research fellow in palliative medicine, Pilgrims Hospices, East Kent NHS University Hospitals Foundation Trust, University of Kent, Canterbury CT9 4AD, UK

Conflicte de interese: Toți autorii au completat formularul Unified Competing Interest de la adresa www.icmje.org/coi_disclosure.pdf (disponibil la cerere, de la autorul responsabil cu corespondența) și au declarat că nu au avut: niciun sprijin de la vreo organizație

Faptul că boala pulmonară obstructivă cronică (BPOC) este o maladie terminală nu constituie o surpriză pentru clinicienii din secțiile medicale de urgență, mai ales în timpul sezonului rece. Și-atunci, de ce pacienții sunt atât de nedumeriți când se pune problema asistenței paliative sau a internării într-un serviciu specializat în îngrijiri terminale? În studiul pe această temă, Pinnock și colab. au postulat faptul că bolnavii își acceptă pasiv soarta și că percep agravarea handicapului ca pe o componentă firească a procesului de îmbătrânire.[1] Cercetătorii au constatat că, spre deosebire de cei care suferă de alte afecțiuni (de pildă, cancer sau insuficiență cardiacă) – care pot relata cum a apărut boala, cum a evoluat și care este statusul ei actual[2] –, cei cu BPOC nu par să

DENNIS HALLINAN/ALAMY

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

pentru lucrarea prezentată; niciun interes financiar, în ultimii trei ani, față de vreo organizație ce ar putea avea interese legate de lucrarea prezentată; niciun fel de relații sau activități ce ar putea avea vreo influență asupra lucrării prezentate.

Proveniență și modalitate de recenzare: Articol comandat, fără evaluare externă.

Palliative care in people with chronic obstructive pulmonary disease
Passive acceptance of the illness has implications for end of life care and delivery of services

Citați articolul ca:
***BMJ* 2011;342:d106**
doi: 10.1136/bmj.d106

aibă aceeași cursivitate în descrierea etapelor maladiei lor, nepărând a fi conștienți de procesul de îmbolnăvire sau de cel de "perturbare existențială". Diagnosticul nu este clar punctat, mai ales în cazurile cu prognostic nefavorabil.

Negândindu-se la faptul că BPOC determină o dereglare vitală, respectivii bolnavi nu o văd ca pe o maladie gravă. Strategiile actuale, menite să identifice pacienții în ultimele lor șase–douăsprezece luni de viață, pot eșua atât pentru că nu există un debut clar al afecțiunii cât și din cauza dificultăților legate de formularea unui prognostic precis.

Furnizarea asistenței paliative și-a mutat ținta dinspre pacienții cu neoplazii aflate în stadiu terminal către bolnavii cu alte tipuri de maladii decât cancerul, care au nevoie de îngrijiri proactive și precoce. Inițiativa curentă în ceea ce privește serviciile acordate pacienților cu afecțiuni pulmonare cronice necesită o mai bună evaluare atât a utilizatorilor acestora cât și a persoanelor specializate în domeniul asistenței paliative. O evaluare holistică precisă a nevoilor de îngrijire poate orienta spre o mai bună furnizare de servicii care să prelungească longevitatea, așa încât pacienții cu afecțiuni aflate în stadii mai avansate să beneficieze de tipul de paliație adecvat fiecărui caz în parte. Astfel va putea fi depășită problema clinicianului care nu știe când să transfere bolnavul către îngrijirile paliative.[5]

Conceptul lui Pinnock, de acceptare pasivă a agravării dispneei și-a infirmității, poate fi considerat fie ca o resemnare prin epuizare, fie ca o adaptare confortabilă, mult mai utilă pacientului. Clinicienii care observă, de-a lungul unei perioade îndelungate de timp, un declin progresiv, nu se confruntă cu dificultatea acceptării faptului că este vorba de rezultatul firesc al unui proces accelerat de îmbătrânire corelat cu fumatul; în schimb, este bine să aibă în vedere când, ori dacă, bolnavul se apropie de sfârșitul vieții și către ce tip de asistență medicală ar fi mai potrivit să-l îndrume. Conștientizarea acceptării pasive va ajuta profesionistul să-l orienteze către îngrijirea paliativă.

Punctele de tranziție oferă cadrelor medicale oportunități de inițiere a unor discuții privitoare la natura BPOC și la perspectiva generală asupra viitorului. Autorii sugerează, în acest sens, diverse exemple, precum semnificația diagnosticului, momentul pensionării din motive medicale sau cel în care este necesară începerea oxigenoterapiei, fie ea la domiciliu ori în timpul spitalizării. Pentru ca punctele de tranziție să fie eficiente, clinicianul trebuie să comunice situația clinică actuală și abordările terapeutice disponibile și să le explice. O atare conduită impune schimbarea mentalității profesioniștilor din sănătate, astfel încât să dobândească abilitatea de a purta conversații dificile ori de câte ori au în grijă bolnavi cu afecțiuni incurabile.

Necesitățile unui asemenea grup de pacienți nu pot fi satisfăcute integral nici de acordarea asistenței medicale pentru boli acute, nici de cea cu scop paliativ. Pentru integrarea treptată a serviciilor este necesar un timp de acomodare.[6] Studierea bolnavilor cu neoplasm sugerează faptul că instituirea timpurie a îngijirilor paliative influențează pozitiv calitatea vieții și nu are efecte adverse asupra mortalității.[7] Sunt utile astfel de studii și în cazul persoanelor care suferă de BPOC.

Important este să realizăm un model de îngrijire adaptabil atât asistenței medicale pentru maladiile acute cât și celei paliative: sensibil la cerințele asistenței active din spital, capabil să abordeze aspectul incurabil al afecțiunii și să nu copleșească actuala schemă, destul de restrictivă, de acordare a serviciilor de îngrijire paliativă de specialitate. De exemplu, cum ar trebui clinicienii să recunoască momentul în care paliația este mai adecvată decât asistența medicală pentru abordarea bolilor acute? Și, în asemenea situații, au ei, sau serviciile de sănătate implicate, calificarea de a gestiona o dispnee acută la domiciliul unui pacient care nu acceptă spitalizarea? În astfel de cazuri ar fi foarte utilă experiența asistenței paliative.

Rămân câteva întrebări pentru viitoarele cercetări. Cum vor percepe bolnavii schimbarea de mentalitate, ce presupunea depășirea stadiului de acceptare pasivă a problemei lor medicale și conștientizarea faptului că au o afecțiune incurabilă? Care va fi reacția lor la discuțiile legate de îngrijirile terminale și de prognosticul nesigur? Când și cum ar trebui clinicienii să abordeze asemenea discuții și să-și gestioneze propriile emoții, mai ales în cazul în care au tratat pacientul de-a lungul mai multor ani? Sunt încă nesoluționate unele aspecte privitoare la furnizarea de

servicii, dar şi la controlul simptomelor, în mod special ale dispneei. Cum pot fi folosite intervenţiile paliative tradiţionale, dezvoltate în principal pentru neoplasm, în scopul acordării îngrijirilor necesare pacienţilor cu BPOC?

Traducere: Dr. Adriana Mihaela Pîrvu

1 Pinnock H, Kendall M, Murray SA, Worth A, Levack P, Porter M, et al. Living and dying with severe chronic obstructive pulmonary disease: multi-perspective longitudinal qualitative study. *BMJ* 2011;342:d142.
2 Bury M. Chronic illness as a biographical disruption. *Sociol Health Illness* 1982;4:167-82.
3 IMPRESS. Joint initiative between the General Practice Airways Group (GPIAG) and the British Thoracic Society (BTS). IMPRESS response to Department of Health (England) End of Life Care Strategy: quality markers consultation. 2009. www.impressresp.com/Portals/0/IMPRESS/EOLquality.pdf .
4 Department of Health. Consultation on a strategy for services for chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in England. 2010. www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_113279.pdf .
5 Lanken PN, Terry PB, Delisser HM, Fahy BF, Hansen-Flaschen J, Heffner JE et al; ATS End-of-Life Care Task Force. An official American Thoracic Society clinical policy statement: palliative care for patients with respiratory diseases and critical illnesses. *Am J Respir Crit Care Med* 2008;177:912-27.
6 Hardin KA, Meyers F, Louie S. Integrating palliative care in severe chronic obstructive pulmonary lung disease. *COPD* 2008;5:207-20.
7 Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2010;363:733-42.

Proteina C reactivă şi riscul de afecţiuni cardiovasculare

Sunt categoric corelate, dar este puţin probabil să existe o relaţie de tip cauză–efect

ATHEROMA/BSIP VEM/SPL

CERCETARE, p. 211

Bernard Keavney British Heart Foundation professor of cardiology, Institute of Human Genetics, Newcastle University, Newcastle upon Tyne NE1 3BZ,UK
b.d.keavney@ncl.ac.uk

Conflicte de interese: Autorul a completat formularul Unified Competing Interest de pe www.icmje.org/coi_disclosure.pdf (disponibil la cerere, de la autorul responsabil cu corespondenţa) şi a declarat că nu a avut: niciun suport de la vreo organizaţie pentru munca prezentată, cu toate că salariul său este plătit de British Heart Foundation; nicio legătură financiară cu vreo organizaţie ce ar putea avea interese legate de activitatea

Ateroscleroza este o stare patologică de natură inflamatorie.[1] Studiile observaţionale au arătat, în mod consecvent, că nivelul sanguin al unor markeri sistemici ai inflamaţiei este corelat cu riscul apariţiei ei. Asocierea dintre proteina C reactivă (C reactive protein – CRP) şi afecţiunile cardiace coronariene a fost cel mai intens studiată.[2] În cercetarea acestui aspect, C Reactive Protein Coronary Heart Disease Genetics Collaboration combină puterea geneticii şi a metaanalizei pentru a evalua în ce măsură concentraţiile crescute ale CRP determină boli din categoria celor menţionate.[3]

Niveluri ridicate de CRP sunt observate în cazul unor afecţiuni cum este sepsisul bacterian, dar modificarea asociată cu riscul instalării unor maladii cardiace coronariene, semnalată de studiile epidemiologice, se situează, într-o mare măsură, între limitele normale ale valorilor proteinei C reactive. Pe lângă efectul lor asupra lipoproteinelor cu densitate mică (LDL) ale colesterolului, statinele scad concentraţia de CRP; trialul JUPITER, de pildă, a arătat că rosuvastatina reduce substanţial evenimentele cardiovasculare la persoanele aparent sănătoase, fără hiperlipidemie (LDL–colesterol <3,4 mmol/l), dar care au avut valori mari ale nivelului sanguin al CRP (≥2,0 mg/l).[4] Din acel moment a început o dezbatere intensă asupra locului pe care-l ocupă proteina C reactivă în luarea deciziilor cu privire la prevenţia primară cu statine.[5,6] A rămas fără răspuns, însă, o întrebare fundamentală, de sorginte biologică – CRP predispune la afecţiuni coronariene sau este doar un "spectator inocent"?

Întrucât procesele ce generează boli coronariene cardiovasculare apar de timpuriu în cursul vieţii, asocierea dintre CRP şi grupul de maladii menţionate, observată în studiile prospective, poate fi explicată prin prezenţa unor forme subclinice ale respectivelor afecţiuni (şi, ca urmare, a inflamaţiei, ce se va reflecta în creşterea concentraţiei de CRP), la vârsta mijlocie, când astfel de studii recrutează, de regulă, subiecţi aparent sănătoşi. Posibilitatea unei asemenea cauzalităţi inverse face dificilă interpretarea epidemiologică.

Cercetarea corelată apelează la randomizarea mendeliană, o abordare genetică utilizată din ce în ce mai frecvent în vederea evaluării asocierilor epidemiologice controversate.[7,8] Procedeul

Scanned with OKEN Scanner

desfăşurată în ultimii trei ani; nicio altă relaţie sau activitate ce ar putea părea să aibă vreo influenţă asupra lucrării supuse publicării.

Provenienţă şi modalitate de recenzare: Articol comandat, fără evaluare externă.

C reactive protein and the risk of cardiovascular disease
Are clearly linked but a causal association is unlikely

Citaţi articolul ca:
BMJ 2011;342:d144
doi: 10.1136/bmj.d144

implică prezenţa variaţiilor genetice comune (tipic, polimorfisme nucleotidice unice – substituţia uneia din cele patru nucleotide ale moleculei de ADN cu o alta, dintr-un situs cunoscut al genomului) care sunt asociate cu concentraţiile plasmatice ale factorului de risc incriminat (în cazul de faţă, CRP).

Autorii au inscripţionat polimorfismele nucleotidice unice în gena aferentă proteinei C reactive, care se ştie că sunt corelate cu nivelul plasmatic al CRP. Datorită faptului că este alocat în etapa concepţiei, genotipul nu poate fi afectat de cauzalitatea inversă. Studiul relevă, în conformitate cu cele anterioare, o asociere între concentraţia plasmatică a CRP şi riscul de afecţiuni cardiace coronariene (odds ratio 1,32 (interval de încredere 95% 1,19–1,47) pentru bolile menţionate *per* creşterea logaritmului natural (ln) al nivelului plasmatic al CRP cu o deviaţie standard) la peste 46 000 de subiecţi cu astfel de maladii şi la mai mult de 147 000 de martori. Rezultatele obţinute confirmă, totodată, gradul substanţial şi semnificativ de asociere între genotip şi concentraţia plasmatică a CRP, iar dacă între aceasta şi afecţiunile sus-citate a existat o relaţie de cauzalitate, ar fi de aşteptat şi o corelare între genotip şi riscul de boli cardiace coronariene, a cărei amploare ar putea fi proporţională cu asocierea genotip–CRP şi CRP–boală. Nu a fost observată, însă, nicio conexiune de acest tip, ceea ce sugerează că este puţin probabil ca proteina C reactivă să aibă un cât de mic rol în generarea afecţiunilor cardiace coronariene, iar faptul că asocierile observate în studiile prospective, între CRP plasmatic şi maladiile în speţă, apar ca urmare a cauzalităţii inverse ori a erorilor reziduale se datorează altor factori cauzali (cum sunt, de pildă, lipidele plasmatice şi indicele de masă corporală) corelaţi atât cu concentraţiile de CRP cât şi cu riscul de boli cardiace coronariene.

Cercetările anterioare au abordat metode similare pentru a evalua cauzalitatea interrelaţiei CRP–afecţiuni coronariene, iar rezultatele obţinute le confirmă pe cele ale studiilor curente. De exemplu, o metaanaliză din 2009 a datelor genotipării primare la 14 365 de cazuri şi 32 064 de martori (cu o metaanaliză a 13 747 de cazuri şi 68 759 de martori, bazată pe literatura de specialitate) nu a găsit nicio asociere între polimorfismele nucleotidice unice care afectează concentraţiile plasmatice ale CRP şi maladiile coronariene cardiace, în prezenţa unor conexiuni semnificative de tipul polimorfism nucleotidic unic–CRP plasmatic şi CRP plasmatic–afecţiuni cardiace coronariene.[9] Concordanţa nu este surprinzătoare, având în vedere faptul că datele ambelor metaanalize au fost adunate de la mai multe cohorte. Cu toate acestea, studiul discutat a avut cu 65% mai multe cazuri (principalul factor determinat al puterii statistice) faţă de metaanaliza precedentă, astfel că ar fi avut o capacitate substanţial mai mare de a găsi un efect, fie el cât de slab, dacă ar fi existat aşa ceva. Autorii studiului pe aceeaşi temă au preferat să analizeze datele individuale ale participanţilor în loc să se bazeze cu precădere pe cele publicate în literatura de specialitate, ceea ce a permis atât efectuarea unor analize suplimentare ale variantelor genetice moştenite împreună cât şi corecţia corespunzătoare pentru eventualele erori sistematice care ar putea apărea ca urmare a variaţiilor individuale pe termen scurt ale CRP-ului plasmatic.

Datele obţinute în cadrul experimentelor ce au folosit metodologia randomizării mendeliene atribuie un rol şi mai puţin probabil proteinei C reactive în afecţiunile cardiace coronariene. Rezultatele similare ale unor studii cu randomizare mendeliană, deşi au folosit un număr mult mai mic de pacienţi, aduc argumente împotriva unui rol cauzal al CRP în diabetul de tip 2, în pofida existenţei unei relaţii epidemiologice de asociere, bine stabilite, între valorile crescute ale concentraţiei CRP şi riscul de diabet. Astfel de investigaţii nu aduc, însă, nicio contribuţie la dezbaterile asupra eventualului rol al proteinei C reactive în identificarea pacienţilor care ar putea beneficia de tratament cu statine pentru scăderea riscului de boli cardiace coronariene.

Aşadar, până la urmă, care este rolul CRP? Acest marker este categoric asociat cu riscul de instalare a maladiilor cardiace coronariene, cu toate că este puţin probabil să fie cauzal. S-ar putea ca, în viitor, argumentul final în disputa de faţă să fie adus de trialurile clinice asupra antagoniştilor specifici CRP-ului, descoperiţi recent, sau de dozele foarte scăzute de metotrexat ce reduc inflamaţia, fără să afecteze, însă, şi alţi factori de risc pentru bolile coronariene cardiace.[11, 12] Pare, totuşi, mai probabilă ipoteza conform căreia CRP se comportă ca un biomarker

Scanned with OKEN Scanner

integrativ al dimensiunilor plăcilor ateromatoase şi, posibil, al tendinţei lor de a migra. Pe această cale poate captura informaţii privitoare la riscul de producere a maladiilor coronariene cardiace, care este complementar nivelurilor factorilor de risc generatori, cum este, de pildă, LDL-colesterolul. Se poate spera, astfel, că în viitor vor fi descoperiţi şi alţi asemenea biomarkeri utili în stratificarea riscului.

Traducere: Dr. Adriana Mihaela Pîrvu

1 Ross R. Atherosclerosis—an inflammatory disease. *N Engl J Med* 1999;340:115-26.
2 Kaptoge S, Di Angelantonio E, Lowe G, Pepys MB, Thompson SG, Collins R, et al. C-reactive protein concentration and risk of coronary heart disease, stroke, and mortality: an individual participant metaanalysis. *Lancet* 2010;375:132-40.
3 C Reactive Protein Coronary Heart Disease Genetics Collaboration (CCGC). Association between C reactive protein and coronary disease: mendelian randomisation analysis based on individual participant data. *BMJ* 2011;342:d548 .
4 Ridker PM, Danielson E, Fonseca FA, Genest J, Gotto AM Jr, Kastelein JJ, et al. Rosuvastatin to prevent vascular events in men and women with elevated C-reactive protein. *N Engl J Med* 2008;359:2195-207.
5 Kaul S, Morrissey RP, Diamond GA. By Jove! What is a clinician to make of JUPITER? *Arch Intern Med* 2010;170:1073-7.
6 Ridker PM, Glynn RJ. The JUPITER Trial: responding to the critics. *Am J Cardiol* 2010;106:1351-6.
7 Keavney B. Commentary: Katan's remarkable foresight: genes and causality 18 years on. *Int J Epidemiol* 2004;33:11-4.
8 Keavney B, Danesh J, Parish S, Palmer A, Clark S, Youngman L, et al. Fibrinogen and coronary heart disease: test of causality by "Mendelian randomization." *Int J Epidemiol* 2006;35:935-43.
9 Elliott P, Chambers JC, Zhang W, Clarke R, Hopewell JC, Peden JF, et al. Genetic loci associated with C-reactive protein levels and risk of coronary heart disease. *JAMA* 2009;302:37-48.
10 Brunner EJ, Kivimaki M, Witte DR, Lawlor DA, Davey Smith G, Cooper JA, et al. Inflammation, insulin resistance, and diabetes—Mendelian randomization using CRP haplotypes points upstream. *PLoS Med* 2008;5:e155 .
11 Pepys MB, Hirschfield GM, Tennent GA, Gallimore JR, Kahan MC, Bellotti V, et al. Targeting C-reactive protein for the treatment of cardiovascular disease. *Nature* 2006;440:1217-21.
12 Ridker PM. Testing the inflammatory hypothesis of atherothrombosis: scientific rationale for the cardiovascular inflammation reduction trial (CIRT). *J Thromb Haemost* 2009;7 (suppl 1):332-9.

VIAŢA MEDICALĂ
Săptămânal al personalului medico-sanitar

Un ziar de elită pentru cititori de elită. Un ziar care, cu o nouă formulă grafică, a depăşit nr. 1000. Dispune de un corp redacţional bine calificat, colaboratori de prestigiu şi o tematică variată, de la cea de strict interes profesional (inclusiv publicaţiile pentru examene şi concursuri, precum şi posturile propuse personalului medical) la cea de largă respiraţie ştiinţifică şi până la pagini de cultură. Cu o tradiţie îndelungată, a devenit, pentru zecile de mii de cititori ai săi, un ziar de căpătâi. Asigură o publicitate de succes pentru cele mai cunoscute firme de medicamente.

Citiţi „Viaţa medicală"!

Dispozitivul redacţional, antrenat cu profesionalism în publicarea săptămânalului, oferă condiţii optime susţinerii programului editării de cărţi medicale şi de beletristică, ai căror autori sunt medici, farmacişti şi alţi reprezentanţi ai corpului medico-sanitar. Promptitudinea, calificarea, bunele condiţii grafice, asigurarea unui raport echilibrat cost/calitate au condus la apariţia unor cărţi de valoare, notorii în lumea medicală românească.

Editura VIAŢA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ

Adresa: str. Ion Brezoianu nr. 27, sector 1, cod 010131, Bucureşti
Telefon: 021.315.61.09; fax: 021.315.69.80;
departamentul publicitate: 021.315.60.60
E-mail: vmr.redactia@clicknet.ro; Internet: www.vmr.ro

Scanned with OKEN Scanner

Scandalul cercetării de proastă calitate

Avem nevoie de mai puţină cantitate, de mai multă calitate şi de o motivaţie reală

Oare ce-ar trebui să credem despre un medic care utilizează un tratament eronat fie din ignoranţă, fie cu bună ştiinţă sau care aplică greşit o terapie corectă (cum este cazul administrării unei doze neadecvate)? Majoritatea va fi de acord că astfel de situaţii pot fi considerate lipsite de profesionalism şi, într-o oarecare măsură, chiar şi de etică profesională şi că sunt, categoric, inacceptabile.

Şi-atunci, cum să-i privim pe cercetătorii care utilizează metodologii necorespunzătoare (din ignoranţă ori cu bună ştiinţă), aplică greşit tehnici de lucru corecte, interpretează eronat rezultatele, îşi prezintă datele obţinute sau citează referinţe într-o manieră selectivă şi trag concluzii nejustificate? Fără îndoială, ar trebui să fim îngrijoraţi – mai ales pentru că numeroase analize ale literaturii medicale au arătat că toate aspectele menţionate sunt frecvente.[1-7] Este, cu siguranţă, scandalos.

Când le spun că multe dintre lucrările publicate în revistele de profil sunt înşelătoare datorită deficienţelor metodologice, prietenii mei care nu lucrează în domeniul medical sunt de-a dreptul şocaţi. Sume imense de bani sunt cheltuite an de an în cadrul unor demersuri de cercetare condamnate din start eşecului din cauza greşelilor de design, a eşantioanelor nereprezentative sau cu dimensiuni reduse, a utilizării unor metode incorecte de analiză şi a interpretării deficitare a rezultatelor. Erorile posibile sunt atât de variate, încât am putea dedica o carte întreagă acestui subiect[7] şi tot n-ar fi suficient ca să le menţioneze şi să le analizeze pe toate; oricum, mulţi dintre cei care comit astfel de greşeli probabil că nici n-ar citi-o...

Cum ar putea fi explicată producerea unui număr atât de mare de erori? Pur şi simplu, marea parte a cercetărilor de proastă calitate este urmarea faptului că persoanele care le realizează sunt forţate, sub presiunea criteriilor de avansare profesională, să se lanseze în demersuri pe care nu le pot finaliza cu succes fiindcă nu au dotarea corespunzătoare, şi-apoi, nici nu-i opreşte nimeni. Este de aşteptat ca, indiferent dacă doreşte sau nu o carieră în cercetare, orice medic să aloce un timp şi activităţii ştiinţifice, ca să poată publica, astfel, câteva lucrări – lungimea listei acestora este un indicator discutabil al abilităţii individuale de-a efectua cercetări performante,[2] şi mai modestă fiind capacitatea lui de a reflecta competenţa profesională. Un argument frecvent avansat în favoarea imperativului desfăşurării unei activităţi de cercetare îl constituie faptul că aceasta este, pentru fiecare doctor, o experienţă utilă, ce-i stimulează abilitatea de-a interpreta rezultatele obţinute de colegii săi de breaslă. Fără îndoială că participarea la un studiu de calitate, fie el doar de anvergură redusă, poate fi utilă, dar dacă acesta are un protocol de lucru deficitar, dacă se abate de la principiile cunoaşterii ştiinţifice şi mai ajunge să fie şi publicat, consecinţele unei asemenea abordări sunt, cu siguranţă, nedorite, aşa că e preferabil să se evite atari situaţii.

În multe ţări, orice demers de cercetare ce implică pacienţi trebuie aprobat de către o comisie de etică. Deşi Royal College of Physicians (Colegiul Regal al Medicilor) a emis o serie de recomandări conform cărora criteriul ştiinţific trebuie să fie un element important al procesului de evaluare,[8] majoritatea respectivelor comisii nu includ statisticieni; în general, astfel de structuri vizează strict aspectele etice şi ignoră problemele ştiinţifice. O consecinţă directă a unei atari abordări este reprezentată de aprobarea unor demersuri de cercetare inutile, ce ar putea fi considerate, în mod rezonabil, ca nefiind etice.[9]

Efectele presiunii de a publica pot fi observate cel mai clar în creşterea cuantumului de fraude ştiinţifice,[10] majoritatea fiind minore şi dificil de detectat. „Cosmetizarea" sau „torturarea datelor" disponibile nu este un fenomen nou[11] – Charles Babbage a descris manifestări

Scanned with OKEN Scanner

Nestlé
Începe sănătos
Crește sănătos

PROTECT START™
BL bifidus*
LC-PUFA
OPTI PRO

Protecție dovedită clinic pentru toți sugarii care nu sunt alăptați

Alăptarea este metoda ideală de alimentație a nou-născuților și sugarilor.
Când mama nu poate alăpta exclusiv, o formulă de lapte cu rezultate dovedite științific este o soluție sigură (de completare a laptelui de mamă).

Gama NAN continuă protecția dată de laptele de mamă:

- **OPTI PRO** pentru prevenirea obezității pe termen lung.
- **Bifidus BL** pentru protecție față de infecții digestive și respiratorii.
- **LC-PUFA și imunonutrienți** importanți pentru sistemul imunitar.

De la naștere | De la 6 luni | De la 12 luni | De la 18 luni

www.nestlenutrition-institute.org

NOTĂ IMPORTANTĂ: Organizația Mondială a Sănătății (OMS*) recomandă ca femeile gravide și cele care tocmai au devenit mame să fie informate despre avantajele și superioritatea alăptării. Ele trebuie să știe că laptele matern este cea mai bună hrană pentru nou-născut și cea mai bună cale de a-l proteja de boli. Mamele trebuie învățate cum să se pregătească pentru alăptare și cum să întrețină lactația, alimentația bine echilibrată având un rol deosebit, atât în perioada sarcinii cât și după naștere. Din cauza efectului negativ asupra lactației, trebuie evitată introducerea fără rost a alimentației parțiale la biberon sau a altor băuturi sau mâncăruri. De asemenea, mamele trebuie avertizate asupra dificultăților de a reveni asupra deciziei de a nu alăpta. Înainte de a le sfătui să aleagă o formulă de lapte, mamele trebuie sfătuite și asupra implicațiilor sociale și financiare ale acestei decizii. De exemplu, dacă un sugar este hrănit în exclusivitate cu biberonul, va fi nevoie de mai mult de o cutie de lapte pe săptămână, așadar trebuie avută în vedere situația economică a familiei. Mamele trebuie să știe că alăptarea este nu numai cel mai bun, dar și cel mai puțin costisitor mod de alimentație a sugarului. Dacă a fost luată hotărârea de a alege o formulă pentru sugari, mamele trebuie să fie bine informate asupra modului corect de preparare, subliniind că apa fiartă, biberoanele nesterilizate sau prepararea incorectă a formulei pentru sugari constituie tot atâtea posibile cauze de îmbolnăvire a nou-născutului.

Scanned with OKEN Scanner

similare încă din anii 1830.[12] Tentaţia fraudei este, în mod cert, mai mare în prezent, când motivaţia esenţială a unui articol pare a fi doar aceea de-a adăuga un rând în plus la CV-ul autorului. Bailar a sugerat că „s-ar putea ca frauda statistică să devină o ameninţare mult mai serioasă la adresa sănătăţii publice comparativ cu orice alte forme de furt intelectual."[13]

În majoritatea cazurilor, evaluarea calităţii ştiinţifice a unei lucrări cade în sarcina statisticianului – revistele medicale responsabile fac eforturi pentru ca articolele să fie verificate de statisticieni; cu toate acestea, doar puţine lucrări sunt respinse strict din motive legate de aspectele statistice.[14] Din păcate, numeroase jurnale de profil nu recurg la un atare tip de verificare, ajungându-se, astfel, la situaţia în care cercetarea de calitate discutabilă devine uşor de publicat.

Controlul statistic este un tip de demers pompieristic. Timpul necesar efectuării unei asemenea verificări a lucrărilor medicale (cel mai adesea, fără vreo compensaţie semnificativă) ar putea fi mai bine investit în educaţie sau în participarea directă la cercetare, însă nu prea există suficienţi specialişti în domeniu care să aibă disponibilitatea de a preda sau de a se implica în activitatea ştiinţifică.[15] Conform opiniei generale, pentru o analiză statistică este nevoie doar de un calculator şi de o aplicaţie adecvată – abordarea este greşită chiar şi în cazul analizei unui lot de date, ea ignorând în mod cert aspectele legate de protocolul de lucru, adică exact temelia oricărui demers de cercetare. Nu este neapărat nevoie ca doctorii să devină experţi în domeniul statisticii; ei ar trebui să înţeleagă, însă, ce principii stau la baza unei metodologii ştiinţifice solide, iar dacă reuşesc să-şi analizeze în acelaşi spirit şi propriile lor date, cu atât mai bine. Ciudat este firescul cu care se acceptă ca un cercetător din domeniul medical să nu aibă deloc noţiuni de statistică. Pe mulţi nu-i deranjează (iar unii chiar se amuză) să recunoască faptul că nu ştiu niciun pic de statistică.

Cu toate că este îndeobşte cunoscută calitatea discutabilă a unor demersuri ştiinţifice medicale, liderii de opinie par să nu fie prea preocupaţi de această problemă şi nici nu încearcă să găsească soluţii pentru rezolvarea ei. În mediul industrial s-a ajuns la concluzia că este binevenită aplicarea unui mecanism de control al calităţii în lanţul de producţie, comparativ cu abordarea ce presupune identificarea şi eliminarea rebuturilor, iar acelaşi principiu ar trebui să se regăsească şi în domeniul cercetării medicale. Aspectul prezent nu face referire strict la metoda statistică – mai degrabă reflectă o anumită incapacitate de-a aprecia principiile de bază ale cercetării ştiinţifice în condiţiile unui mediu de tip „publish or perish" („cine nu publică nu există").

Faptul că încurajarea cercetării de proastă calitate pare a fi o deficienţă a sistemului constituie un indiciu al necesităţii schimbării acestuia. Cercetarea de care avem nevoie ar trebui să ne furnizeze o cantitate mai mică de date, dar de o calitate superioară, iar efectuarea ei să fie dictată de motive pertinente. Abandonarea sistemului ce utilizează numărul de publicaţii ca indicator de performanţă ar putea fi un bun început.

Traducere: Dr. Andrei Cernomaz

The scandal of poor medical research
We need less research, better research, and research done for the right reasons

A se cita: *BMJ* 1994 Jan 29;308(6924):283-4.

1 Altman DG. Statistics in medical journals. *Stat Med* 1983;1:59-71.
2. Pocock SJ, Hughes MD, Lee RJ. Statistical problems in the reporting of clinical trials. A survey of three medical journals. *N Engl J Med* 1987;317:426-32.
3. Smith DG, Clemens J, Crede W, Harvey M, Gracely EJ. Impact of multiple comparisons in randomised clinical trials. *Am J Med* 1987;83:545-50.
4. Murray GD. The task of a statistical referee. *Br J Surg* 1988;75:664-7.
5. Gotzsche PC. Methodology and overt and hidden bias in reports of 196 double-blind trials of nonsteroidal antiinflammatory drugs in rheumatoid arthritis. *Controlled Clin Trials* 1989;10:31-59.
6. Williams HC, Seed P. Inadequate size of "negative" clinical trials in dermnatology. *Br J Dermatol* 1993;128:317-26.
7. Andersen B. *Methodological errors in medical research. An incomplete catalogue.* Oxford: Blackwell, 1990.
8. Royal College of Physicians. Guidelines on the pratice of ethics committees in medical research. London: RCP, 1984.
9. Altman DG. Statistics and ethics in medical research. Misuse of statistics is unethical. *BMJ* 1980;281:1 182-4.
10. Lock S, Wells F, eds. Fraud and misconduct in scientific research. London: BMJ Publishing Group, 1993.
11. MillsJL. Data torturing. *N Engl J Med* 1993;329:1196-9.
12. Babbage C. Reflections on the decline of science in England. New York: Augustus M Kelley, 1970:174-83. (Cited in Broad W, Wade N. Betrayers of the truth. Oxford: *Oxford University Press*, 1982: 29-30.)
13. BailarJC. Bailar's laws of data analysis. *Clin Pharmacol Ther* 1976;20:113-20.
14. Bailar JC. Communicating with a scientific audience. In: Bailar JC, Mosteller F, eds. Medical uses ofstatistics. Waltham, MA: *NEJM Books*, 1986:325-37.
15. Bland JM, Altman DG, Royston JP. Statisticians in medical schools. *J. R Coll Physicians London* 1990;24:85-6.

Scanned with OKEN Scanner

ŞTIRI

Reforma din sistemul de sănătate poate implica închiderea unor spitale

Matthew Limb LONDON

Conform concluziilor unei conferinţe tematice, unele spitale mari vor fi nevoite să se închidă, ca o consecinţă firească a eforturilor sistemului naţional britanic de servicii de sănătate (NHS) de-a asigura perspective mai bune în cadrul reţelei de asistenţă medicală, dar şi o mai justă valorificare a bugetului.

Steve Field, fost preşedinte al Royal College of General Practitioners (Colegiul Regal al Medicilor de Familie), a declarat că Londra are prea multe spitale şi că ministrul de resort susţine necesitatea închiderii câtorva dintre ele.

Robert Naylor, director executiv al University College London Hospitals NHS Foundation Trust, a sprijinit şi el o abordare radicală a reorganizării sistemului, spunând că "sunt prea multe spitale în oraşele mari".

Gareth Goodier, director executiv al Cambridge University Hospitals NHS Foundation Trust, a declarat, în cadrul conferinţei, că NHS întâmpină una din cele mai dificile perioade din istoria sa: "Vor trebui luate câteva decizii dificile".

Evenimentul, intitulat "Maximising Quality, minimising cost" (Calitate maximă, costuri minime) a avut loc la Londra, pe 24 ianuarie, sub patronajul comun al Monitor – instituţie independentă ce reglementează activitatea NHS Foundation Trust – şi al UCL Partners – un grup alcătuit din primele cinci dintre cele mai performante centre de cercetare medicală din spitalele londoneze.

Au participat circa 450 de persoane, inclusiv clinicieni şi manageri din NHS Trust, care au discutat conceptul finanţării judicioase a sistemului sanitar, modalităţile de creştere a calităţii îngrijirilor, precum şi importanţa unui leadership clinic.

Oratorii au dezbătut schimbările majore care au loc în sistemul de sănătate, pe fondul măsurilor coaliţiei de guvernare de a restructura NHS în vederea limitării costurilor – acestea includ punerea accentului pe calitate, creşterea rolului asistenţei medicale primare, intensificarea folosirii tehnologiilor sanitare şi dorinţa pacientului de-a avea mai mult control asupra propriului tratament.

Steve Field, Andrew Lansley şi Jonathan Fielden nu s-au pus de acord asupra problemei inevitabile a fragmentării

Secretarul de stat pe probleme de sănătate din Anglia, Andrew Lansley, şi-a susţinut cauza pentru extinderea concurenţei în cadrul NHS, argumentând că acest lucru ar oferi mai multe opţiuni pacienţilor şi, astfel, ar stabili standarde superioare de calitate.

El a negat faptul că reforma va iniţia o prăbuşire a asistenţei medicale pe baza reducerii costurilor. "Dovezile arată că, dacă există competiţie reală, toţi cei implicaţi sunt obligaţi să crească standardul. Competiţia este valul care face orice barcă să plutească", a declarat el.

Domnul Lansley este de părere că proiectul său de lege, Health and Social Care Bill, publicat pe 19 ianuarie (*BMJ* 2011;342:d418) le va oferi clinicienilor stimulentul de care aveau nevoie pentru a îmbunătăţi radical îngrijirea pacienţilor. El a promis organizarea unui sistem de sănătate mai dinamic, care să permită personalului clinic să fie mai creativ în privinţa furnizării unor servicii responsabile, în cadrul unor organizaţii sociale. Astfel, ar exista în continuare variaţii între servicii, dar ele n-ar fi nejustificate, ca în prezent.

Jonathan Fielden, director medical la Royal Berkshire NHS Foundation Trust, a ripostat faţă de afirmaţia secretarului de stat, spunând că majoritatea celor din NHS cred că o competiţie mai acerbă va genera o fragmentare şi mai mare. "Acordarea unei asistenţe medicale de calitate, în limitele unui buget constrâns, va necesita o reconfigurare substanţială a acesteia. Va fi acest lucru acceptat politic?"

Scanned with OKEN Scanner

Domnul Lansley a răspuns că, pe piaţa socială, creşterea competiţiei încurajează o integrare mai bună a serviciilor centrate pe pacient. El a afirmat că, în contextul unui sistem reformat, va avea loc o reglementare drastică şi independentă, iar Monitor, de pe poziţiile noului său rol de reglator economic, va asigura "condiţii de concurenţă echitabile".

Cu privire la reconfigurare, domnul Lansley a spus că respectivul demers a şi fost concretizat (într-o manieră pe care publicul a perceput-o ca fiind nesesizabilă) şi a sugerat că hotărârile practicienilor generalişti din noile consorţii, ce lucrează alături de consilierii locali, vor fi mult mai importante decât cele ale trusturilor de asistenţă primară.

Some hospital closures are likely under health reforms

Citaţi articolul ca: *BMJ* 2011;342:d547

Traducere: Dr. Adriana Mihaela Pîrvu

În New York, fumatul va fi interzis aproape oriunde

ALAN COPSON/THE TRAVEL LIBRARY/REX

Janice Hopkins Tanne NEW YORK

Michael Bloomberg, primarul oraşului New York, a decis ca, începând cu 23 mai, fumatul să fie interzis în parcuri, pe plajă, pe stradă şi în pieţele pietonale. Ceea ce înseamnă, printre altele, că nu se va mai putea fuma în Central Park (stânga), în Times Square (în prezent, o parte a fost rearanjată ca zonă pietonală cu scaune şi mese), pe plajele din Coney Island sau în numeroasele piaţete folosite, de către cei care lucrează în birourile din apropierea lor, ca spaţiu de relaxare ori de servire a mesei de prânz.

Primarul a declarat că măsura strictei delimitări a unor arii în care nu este permis să se fumeze va reduce expunerea sub formă de fumat pasiv, iar municipalitatea va face economii fiindcă nu va mai fi nevoită să cureţe mizeria lăsată în urmă de fumători, aceasta ajungând să reprezinte 75% din conţinutul total al pubelelor de pe plaje şi, respectiv, 33% din cel al coşurilor de gunoi din parcuri.

Ca să asigure punerea în practică a restricţiei, Departamentul Parcurilor va emite, iniţial, un avertisment, iar ulterior, o amendă de 50 $ (31 £; 36 €)

New York bans smoking almost everywhere

Citaţi articolul ca: *BMJ* 2011;342:d1294

Traducere: Dr. Mădălina Geantă

Parlamentul European adoptă reguli de asistenţă medicală transfrontalieră

Rory Watson BRUXELLES

Începând cu anul 2013, cetăţenii ţărilor Uniunii Europene vor putea primi asistenţă medicală rambursabilă pe teritoriul unui alt stat european, în măsura în care respectivele îngrijiri sunt decontate, şi în ţara lor de origine, de către sistemul naţional de sănătate.

Parlamentul European a aprobat, în proiectul de lege adoptat pe 19 ianuarie, condiţiile în care se beneficiază de acest drept. Noile reglementări vizează clarificarea situaţiei bolnavilor şi a serviciilor medicale după o serie de hotărâri, luate de Curtea Europeană de Justiţie, în ultimele decenii, cu privire la acordarea îngrijirilor de sănătate pacienţilor străini.

Françoise Grossetête, europarlamentar francez care a condus proiectul de lege în parlament, a afirmat ulterior: "Pacienţii nu vor mai fi lăsaţi să-şi caute singuri, în alte ţări, serviciile medicale de care au nevoie şi rambursarea acestora. Noua directivă va clarifica, în sfârşit, drepturile bolnavilor, care anterior erau destul de vagi."

Autorităţile naţionale, nevoite să ramburseze costurile unor asemenea servicii, pot impune pacienţilor obligativitatea obţinerii unei autorizaţii

Scanned with OKEN Scanner

înainte de spitalizare, de începerea tratamentului sau de consultaţia de specialitate. Orice refuz va trebui să fie pe deplin justificat, fiind limitat la o listă de restricţii, cum ar fi posibilul risc pentru pacient sau pentru public. Vor fi stabilite puncte de contact naţionale pentru a le furniza solicitanţilor informaţii practice.

Noua legislaţie a fost bine primită, în general, de către organizaţiile de sănătate din ţările membre ale Uniunii Europene. NHS Confederation, în calitate de reprezentant al tuturor organizaţiilor NHS din Marea Britanie, susţine că sunt clar reglementate drepturile pacienţilor şi ale furnizorilor de servicii sanitare, ceea ce reduce riscul conflictelor juridice ale bolnavilor care caută într-un alt stat asistenţă medicală nerambursată de sistemul naţional de sănătate.

Confederaţia a atras atenţia, însă, asupra faptului că noile măsuri vor începe să aibă efect în următorii doi ani, când trusturile de asistenţă primară, organizaţiile din Marea Britanie care au, actualmente, putere de decizie în sfera îngrijirilor de sănătate din afara graniţelor vor fi dezafectate şi NHS va fi trecut prin reforme capitale. Se susţine că atunci va fi nevoie de mai multă claritate referitor la responsabilitatea acordării sau respingerii cererilor de tratament în străinătate.

Standing Committee of European Doctors, o organizaţie ce reprezintă medicii din Europa, sprijină şi ea legislaţia preconizată a fi acceptată oficial, de către guvernele Uniunii Europene, în primăvară.

European Parliament agrees rules on cross border healthcare

Citaţi articolul ca:
***BMJ* 2011;342:d492**

Traducere: Dr. Adriana Mihaela Pîrvu

Uniunea Europeană introduce legi menite să stăvilească vânzarea de medicamente falsificate

Rory Watson BRUXELLES

Parlamentul European a aprobat cu o majoritate covârşitoare legislaţia ce vizează atât prevenirea intrării medicamentelor falsificate pe piaţa legală cât şi împiedicarea cumpărării lor de către publicul larg. Vor fi avute în vedere şi vânzările pe internet, vor fi introduse noi măsuri pentru îmbunătăţirea modalităţilor de trasabilitate şi vor fi instituite pedepse pentru orice încălcare a legii.

Se estimează că, din totalitatea produselor medicinale comercializate legal, la ora actuală, pe piaţa europeană, aproximativ 1% – în special din rândul medicamentelor inovatoare, ce salvează vieţi – sunt falsuri; acestea pot ajunge, în alte părţi ale lumii, la 30% din cuantumul produselor farmaceutice vândute publicului.

Legiuitorii stabilesc o distincţie clară între medicamentele falsificate, care îşi ascund identitatea, sursa şi antecedentele, constituind, astfel, un risc pentru sănătatea publică, şi cele contrafăcute, care violează drepturile de proprietate intelectuală.

THIERRY ROGE/REUTERS

Noua legislaţie a UE prevede măsuri pentru oprirea vânzărilor de medicamente false prin intermediul farmaciilor sau pe internet

După prezentarea proiectului de lege în cadrul Parlamentului European, Marisa Matias, din partea reprezentanţilor portughezi ai grupării Stânga Europeană Unită, afirma că medicamentele falsificate sunt "ucigaşi silenţioşi, fie pentru că nu au efectul dorit, fie deoarece conţin substanţe toxice care pot să le aducă prejudicii utilizatorilor sau chiar să-i omoare", atrăgând atenţia, totodată, că seria produselor false a crescut cu 400% din 2005 până în prezent. Grupul farmaceutic al Uniunii Europene, care reprezintă peste 400 000 de farmacişti, a salutat apariţia noii legi. Secretarul general al grupului, John Cave, declara: "Din multe puncte de vedere, aceasta este o directivă radicală, ce va avea un impact considerabil asupra lanţului european de furnizori de medicamente. Pare a fi o certitudine faptul că, la un moment dat, în anii următori, autenticitatea produselor terapeutice va fi controlată de către farmaciştii europeni, înainte de a fi administrate pacienţilor, după tipicul utilizat în magazine pentru verificarea cărţilor de credit".

Legislaţia, ce urmează să obţină doar aprobarea oficială din partea guvernelor ţărilor membre UE, ar trebui să intre în vigoare la începutul anului 2013.

European Union introduces laws to stop false medicines

Citaţi articolul ca:
***BMJ* 2011;342:d1198**

Traducere: Dr. Gianina Luca

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

Asocierea dintre proteina C reactivă şi afecţiunile cardiace coronariene: analiză randomizată, mendeliană, bazată pe datele individuale ale participanţilor

C Reactive Protein Coronary Heart Disease Genetics Collaboration (CCGC)

EDITORIAL de Keavney

Corespondenţa la:
crpgenetics@phpc.cam.ac.uk

Association between C reactive protein and coronary heart disease: mendelian randomisation analysis based on individual participant data

Citaţi articolul ca:
BMJ 2011;342:d548
doi:10.1136/bmj.d548

ÎNTREBAREA STUDIULUI: Este relevantă concentraţia proteinei C reactive (CRP) pentru bolile cardiace coronariene (BCC)?

RĂSPUNSUL PE SCURT: Datele genetice urmărite pe scară largă arată că asocierea dintre nivelul sanguin al CRP şi riscul de apariţie a BCC nu este de tip cauză–efect.

CE SE ŞTIE ÎN PREZENT ŞI CE ADUCE NOU ARTICOLUL DE FAŢĂ: Concentraţiile sanguine ale CRP sunt consecvent puternic corelate cu riscul instalării viitoare a BCC, deşi nu se ştie dacă respectiva asociere are un profil de tip cauză–efect. Analizele randomizate mendeliene ce folosesc variante ale genei responsabile de codificarea CRP şi care îi influenţează concentraţia în sânge, dar nu sunt corelate cu alte variabile, nu au fost asociate cu riscul de apariţie a BCC. Este puţin probabil ca nivelul sanguin al CRP, în sine, să constituie un factor de cauzalitate, fie el oricât de modest, în cazul afecţiunilor în speţă.

Participanţi şi context

Cercetarea a analizat datele obţinute de la 194 418 participanţi, dintre care 46 557 erau pacienţi cu BCC incidente sau prevalente. Ele se refereau la patru gene CRP caracteristice polimorfismelor unei singure nucleotide (rs3093077, rs1205, rs1130864, rs1800947), la concentraţiile proteinei C reactive, la nivelurile stabilite ale altor factori de risc şi la evenimentele cardiace coronariene.

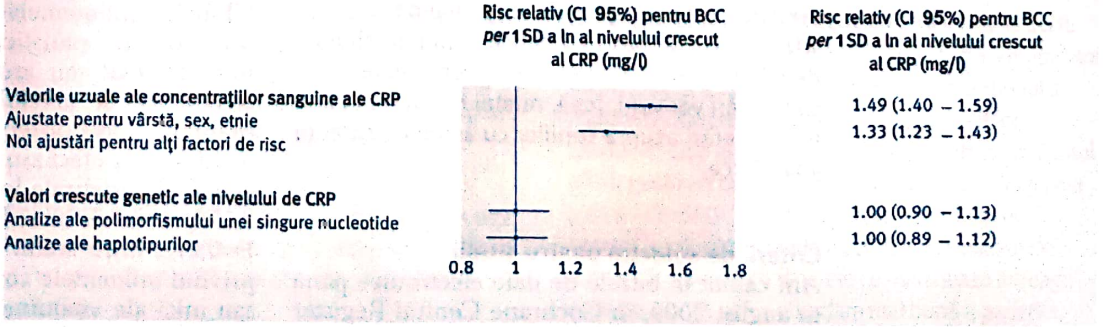
Protocolul de lucru, amploarea şi durata studiului

Metaanaliză mendeliană, randomizată, a datelor individuale obţinute de la participanţii din 15 ţări la 47 de studii epidemiologice.

Rezultatele principale şi rolul hazardului

Fiecare dintre variantele CRP a fost asociată cu diferenţe între concentraţiile de CRP de până la 30% *per* alele ($P<0,001$) şi nu au avut legătură cu alţi factori de risc. Riscul relativ pentru BCC *per* fiecare variantă adiţională a unei alele care creşte nivelul proteinei C reactive a fost de 0,93 (interval de încredere (CI) 95% 0,87–1,00) cu rs3093077, de 1,00 (0,98–1,02) cu rs1205, de 0,98 (0,96–1,00) cu rs1130864 şi de 0,99 (0,94–1,03) cu rs1800947. Într-o analiză combinată, riscul relativ pentru BCC a fost de 1,00 (0,90–1,13) *per* 1 SD (o deviaţie standard) a logaritmului natural (ln) al concentraţiei crescute genetic a CRP. Datele genetice au fost neconcordante cu rata riscului

VALORILE SANGUINE ŞI CELE CRESCUTE GENETIC ALE CONCENTRAŢIEI PROTEINEI C REACTIVE (CRP) ŞI RISCUL PENTRU BOLI CARDIACE CORONARIENE



observat pentru afecțiunile cardiace coronariene, de 1,33 (1,23–1,43) *per* 1 SD a ln al nivelului crescut genetic al CRP din studiile prospective (P=0,001 pentru diferență).

Erori sistematice, factori de confuzie și alte motive ce îndeamnă la prudență

Există posibilitatea existenței unor factori de confuzie reziduali prin efectele nerecunoscute ale genotipurilor asupra altor factori de risc și prin adaptarea, în timpul primei perioade a vieții, în vederea compensării concentrațiilor de CRP crescute genetic, chiar dacă nu există nicio dovadă a unui eventual impact al lor în contextul actual.

Generalizarea la alte populații

Participanții au fost originari, în principal, din țări europene, fapt ce ar putea limita generalizarea la alte populații.

Finanțarea studiului/posibile conflicte de interese

Centrul coordonator este finanțat prin grantul SP/08/007, oferit de British Heart Foundation. Recrutarea, urmărirea și măsurătorile de laborator din cadrul studiilor analizate au beneficiat de fonduri furnizate de diverse surse.

Traducere: Dr. Adina M. Țurcanu

Efectele suplimentării dietei cu vitamină D asupra densității minerale osoase, la copiii sănătoși: sinteză sistematică și metaanaliză

Tania Winzenberg,[1] Sandi Powell,[2] Kelly Anne Shaw,[1,3] Graeme Jones[1]

Editorial de Shaw

[1]Menzies Research Institute, University of Tasmania, Private Bag 23, Hobart, TAS 7000, Australia
[2]Royal Hobart Hospital, Liverpool St Hobart, Tasmania
[3]ASLaRC Aged Services Unit, Southern Cross University, Coffs Harbour, Queensland, Australia

Corespondența la:
T Winzenberg
tania.winzenberg@utas.edu.au

Effects of vitamin D supplementation on bone density in healthy children: systematic review and meta-analysis

Citați articolul ca:
BMJ 2011;342:c7254
doi:10.1136/bmj.c7254

ÎNTREBAREA STUDIULUI: Suplimentele cu vitamină D îmbunătățesc densitatea minerală osoasă la copiii sănătoși?

RĂSPUNSUL PE SCURT: Este puțin probabil ca administrarea unor suplimente cu vitamină D să fie benefică în cazul copiilor cu niveluri normale ale acesteia. Analiza noastră pe subgrupuri, a concentrației serice de bază a vitaminei D, sugerează că, la subiecții cu niveluri deficitare, un aport suplimentar al vitaminei în cauză poate determina îmbunătățiri clinice, mai ales în ceea ce privește densitatea minerală osoasă a coloanei vertebrale lombare și a conținutului mineral total, dar este necesară confirmarea ipotezei.

CE SE ȘTIE ÎN PREZENT ȘI CE ADUCE NOU ARTICOLUL DE FAȚĂ: Deficitul de vitamină D este obișnuit la copil și se pare că dăunează sănătății osaturii, dar este neclar dacă administrarea unor suplimente îmbunătățește densitatea minerală a scheletului. Lucrarea sugerează că respectivele suplimente nu aduc beneficii subiecților cu nivel normal de vitamină D, dar celor cu deficit le pot ameliora densitatea minerală osoasă – eventualele confirmări vor veni, însă, numai din partea unor noi cercetări asupra copiilor cu astfel de carențe vitaminice.

Criterii de selecție pentru studii

Am căutat în bazele de date electronice până în august 2009, în Cochrane Central Register of Controlled Trials, Medline (din 1966 și până în prezent), Embase (din 1980 și până în prezent), CINAHL (din 1982 și până în prezent), AMED(din 1985 până în prezent) și ISI Web of Science (din 1945 și până în prezent) și ne-am documentat parcurgând rezumatele prezentate în revistele de referință în domeniu. Au fost incluse trialurile randomizate, cu control placebo, ce vizau administrarea unor suplimente cu vitamină D, timp de minimum trei luni, copiilor sănătoși și adolescenților (cu vârste cuprinse între o lună și sub 20 de ani) și care urmăreau determinarea densității minerale osoase sau interpretările ecografice cantitative.

Obiectivul primar

Obiectivele primare au fost densitatea minerală osoasă la nivelul șoldului, al coloanei vertebrale lombare și antebrațului, precum și conținutul mineral osos total.

Rezultatele principale și rolul hazardului

Global, suplimentele cu vitamină D nu au semnificație statistică asupra conținutului mineral total sau asupra densității minerale osoase de la nivelul șoldului ori al antebrațului. A fost observată o tendință în direcția unui ușor efect asupra densității minerale a coloanei vertebrale lombare (medie standard 0,15, interval de încredere (CI) 95% -0,01–0,31, P=0,07). Între studii nu au existat diferențe privind influențele concentrațiilor serice mari sau mici ale vitaminei D deși, la subiecții cu

Scanned with OKEN Scanner

EFECTE (PROCENTE DIN NIVELUL DE BAZĂ) ALE ADMINISTRĂRII DE SUPLIMENTE CU VITAMINĂ D ÎN FUNCŢIE DE NIVELUL DE BAZĂ AL ACESTEIA

	Nivel scăzut de vitamină D			Nivel ridicat de vitamină D		
Obiectiv	Nr. participanţi	Nr. studii	Diferenţa mediană standardizată* (CI 95%)	Nr. participanţi	Nr. studii	Diferenţa mediană standardizată* (CI 95%)
Densitate minerală osoasă la nivelul şoldului	1	168	0.25 (−0.07 − 0.58)	3	471	−0.02 (−0.31 −0.28)
Densitate minerală osoasă la nivelul coloanei vertebrale osoase	2	189	0.31 (0.00 − 0.61)†	3	471	0.09 (−0.10 −0.28)
Conţinut total mineral osos	3	413	0.21 (0.01 −0.41)‡	2	259	−0.07 (−0.33 − 0.18)§
Densitate minerală osoasă la nivelul antebraţului	1	168	−0.06 (−0.38 −0.26)	2	259	0.12 (−0.62 − 0.85)

* Diferenţa mediană standardizată de 0,3 este considerată mică
† P=0,05
‡ Semnificativ statistic la un nivel de 5%
§ P=0,09

nivel seric scăzut de vitamină D, a existat o tendinţă spre un impact mai accentuat asupra conţinutului mineral osos total (P=0,09 pentru diferenţă). În cercetările ce au urmărit efectul nivelului seric scăzut al vitaminei D, influenţele semnificative asupra conţinutului mineral osos şi celui al coloanei vertebrale lombare s-au manifestat, la grupul căruia i-au fost date suplimente, printr-o creştere cu aproape 2,6% şi, respectiv, cu 1,7% a valorii celor doi parametri menţionaţi faţă de nivelul lor de bază.

Erori sistematice, factori de confuzie şi alte motive ce îndeamnă la prudenţă

Numărul de studii care au furnizat datele pentru metaanaliză a fost mic. De aceea, nu putem aprecia impactul integral al factorilor clinici importanţi ce ar putea influenţa efectele suplimentării cu vitamină D. În plus, deşi ar fi nevoie de un studiu de mari proporţii, cu un rezultat puternic pozitiv, capabil să justifice o creştere notabilă a amplorii efectului, cuantumul limitat de cercetări şi numărul relativ mic de participanţi ar putea diminua robusteţea constatărilor noastre.

Finanţarea studiului/potenţiale conflicte de interese

Atât TW cât şi GJ au beneficiat de câte o bursă de pregătire în domeniul cercetării medicale. Finanţarea lor nu are legătură cu niciun aspect al prezentului studiu.

Traducere: Dr. Adriana Mihaela Pîrvu

Cum se trăieşte cu bronhopneumopatia cronică obstructivă severă: studiu calitativ longitudinal, al unui spectru larg de perspective

Hilary Pinnock,[1] Marilyn Kendall,[2] Scott A Murray,[2] Allison Worth,[1] Pamela Levack,[3] Mike Porter,[4] William MacNee,[5] Aziz Sheikh[1]

Editorial de Shaw

[1]Allergy and Respiratory Research Group, Centre for Population Health Sciences: GP Section, The University of Edinburgh, Edinburgh, UK
[3]Primary Palliative Care Research Group, Centre for Population Health Sciences: GP Section, The University of Edinburgh, Edinburgh, UK

ÎNTREBAREA STUDIULUI: Care sunt perspectivele pacienţilor care suferă de bronhopneumopatie obstructivă cronică (BPOC) severă şi mor din cauza bolii, ce impact are aceasta asupra carierei lor şi care sunt implicaţiile legate de furnizarea asistenţei medicale necesare?

RĂSPUNSUL PE SCURT: Bolnavii relatează o „poveste ambiguă" a unei probleme de sănătate fără un punct de tranziţie perceptibil spre abordarea îngrijirilor paliative.

CE SE ŞTIE ÎN PREZENT ŞI CE ADUCE NOU ARTICOLUL DE FAŢĂ: Sunt înfăţişate modele de paliaţie a maladiilor non-maligne, adaptate după conceptul tradiţional al îngrijirii cancerului, prin identificarea pacienţilor „paliativi" care au nevoie de asistenţă terminală. Faptul că nu există un punct de tranziţie precis către îngrijirea paliativă în BPOC sugerează că, la acest grup de bolnavi, evaluarea globală a cerinţelor implicate de asistenţă, corelată cu reperele ce marchează întreaga evoluţie a bolii, ar fi o abordare mai bună a paliaţiei.

Scanned with OKEN Scanner

[3]NHS Tayside, Ninewells Hospital, Dundee, UK
[4]Centre for Population Health Sciences: GP Section, The University of Edinburgh, Edinburgh, UK
[5]MRC Centre for Inflammation Research, The University of Edinburgh, The Queen's Medical Research Institute, Edinburgh, UK

Corespondența la:
H Pinnock, Allergy and Respiratory Research Group, Centre for Population Health Sciences: GP Section, The University of Edinburgh, Doorway 3, Medical School, Teviot Place, Edinburgh EH8 9AG, UK
hilary.pinnock@ed.ac.uk

Living and dying with severe chronic obstructive pulmonary disease: multi-perspective longitudinal qualitative study

Citați articolul ca:
BMJ 2011;342:d142
doi:10.1136/bmj.d142

POVESTEA BPOC: EXEMPLE ALE UNOR PERSPECTIVE FOARTE DIFERITE

Perspectiva pacientului
O poveste fără început
„Se pot face presupuneri în legătură cu modul cum a început; nu se poate ști precis..." [T06.1]
O continuare ce a devenit mod de viață
„Mi-e bine când nu mă mișc. Presupun că ține de faptul că îmbătrânesc." [T03.1]
Un final incert și neașteptat
„Chiar dacă doctorul mi-a dat asigurări c-o să mă fac bine, eu nu cred. Simt că o să fiu așa mereu..." [F07.3]

Perspectiva pacientului: excepția (bolnavul cu deficit de α1-antitripsină)
O istorie repetată a unui diagnostic dramatic
„Am aflat că e pe moarte în preziua nunții" [soția lui L06.1]
Tulburare emoțională și căutare de informații
„După ce am căutat pe internet, ne-am zis că doar nu suntem numai noi într-o astfel de situație și că trebuie să mai fie cineva de la care să aflăm diverse informații." [L06.1]
Discuții și planuri
„Nu mi-a fost greu să iau o asemenea decizie, fiindcă vorbisem despre asta cu mult timp înainte, când avusese episoade proaste, știți, și discutasem și despre cum vrem să decurgă lucrurile etc." [soția lui L06.1]

Perspectiva specialistului
Debut insidios
„Probabil că avea BPOC de multă vreme, dar diagnosticul oficial a fost stabilit abia în urmă cu 18 luni" [asistenta lui F07.1]
Un mod de viață pentru clinicieni?
„O consultație este mai mult o discuție liniștitoare despre cum se simte și despre tot felul de chestiuni generale; pur și simplu, cred că-i face plăcere să stea de vorbă." [doctorul lui L04.1]
Un final incert și neașteptat
„...cu toții murim la un moment dat, nu-i așa, dar se pune problema să ne alegem mormântul și locul." [medicul lui L06.1]

Concepția, protocolul de lucru și metoda de culegere a datelor

Am efectuat, pe parcursul a 18 luni, mai multe serii de interviuri calitative cu pacienții afectați de BPOC și cu persoanele care îi îngrijeau, fie ele cu sau fără pregătire de specialitate. Pentru a asigura o interpretare echilibrată a datelor am implicat echipa noastră multidisciplinară formată din profesioniști și un grup consultativ nespecializat, și am utilizat ca reper etapa finală a proiectului unui atelier de lucru la scară națională.

Participanți și cadru de desfășurare

În perioada 2007-2009 am intervievat 21 de bolnavi care aveau BPOC în stadiu terminal, plus 13 persoane fără pregătire specializată care îi îngrijeau (de exemplu, un membru al familiei, un prieten, un vecin) și 18 cadre sanitare (fie personal medical, fie asistenți sociali), pe care pacienții le socoteau a fi foarte importante pentru ei, din Lothian, Tayside, și Fourth Valley, Scoția.

Recrutare și eșantionare

Bolnavii au fost identificați de către clinicienii din sistemul de asistență medicală primară și secundară sau de către specialiști din serviciile locale de pneumologie. Ne-am propus să recrutăm pacienți de ambele sexe, din diverse categorii de vârstă și din medii sociale diferite, cu statut de fumător activ și care să aibă un membru al familiei implicat în îngrijirea lor.

Metoda analizei datelor

Interviurile au fost transcrise și analizate atât din punct de vedere tematic cât și narativ.

Concluzii importante

Participanții la studiu și-au descris simptomele severe ce le-au perturbat dramatic traiul obișnuit, dar cele mai frecvente au fost relatările ce denotau mai curând faptul că își acceptau situația ca pe „ceva normal", neprivind-o ca pe o afecțiune ce le dăduse peste cap viața. Ceea ce povesteau nu arăta că simptomele pe care le aveau ar fi fost ceva deosebit în existența lor, debutul acestora fiind atât de insidios, încât era aproape imperceptibil, iar despre moarte vorbeau ca despre un sfârșit firesc, nu ca despre o consecință anticipată a bolii de care sufereau. În contextul unei afecțiuni incurabile, cu un prognostic incert, identificarea unui punct de tranziție către paliație era, atât pentru pacient cât și pentru persoana care-l îngrijea, utopică și fără sens.

Implicații

În primul rând, cadrele sanitare trebuie să identifice riscul "acceptării pasive" în rândul pacienților cu BPOC, fiind necesară punerea la punct a unor servicii capabile să identifice și să răspundă nevoilor unor astfel de bolnavi. În al doilea rând, în locul căutării unui punct de tranziție către paliație, propunem corelarea evaluării holistice a nevoilor implicate de îngrijirea de susținere și de cea paliativă cu reperele ce marchează întreaga evoluție a bolii, cum sunt, de pildă, diagnosticarea, pensionarea din motive medicale, începerea oxigenoterapiei la domiciliu, spitalizările pentru exacerbările ce vor urma.

Erori sistematice, factori de confuzie și alte motive ce îndeamnă la prudență

Cei 21 de participanți s-ar putea să nu reflecte fidel diversitatea pacienților cu BPOC sever. Trebuie precizat faptul că nu am avut niciun reprezentant al unei minorități etnice, deși cohorta studiului a avut în vedere o varietate mare de factori demografici, sociali, clinici și de asistență medicală.

Traducere: Dr. Adriana Mihaela Pîrvu

Scanned with OKEN Scanner

Noutăţi medicale

Rubrică realizată de:
Prof. Dr. Mircea Cinteză, Dr. Ştefania Magda

Contribuţie locală

Reparare percutană *versus* chirurgie în regurgitarea mitrală

(*N Engl J Med* 2011;364:1395-406)

Regurgitarea mitrală severă se asociază cu disfuncţie ventriculară stângă progresivă. Fără o intervenţie, pacienţii simptomatici au o rată de mortalitate anuală de peste 5%. Tratamentul medical este strict paliativ şi nu influenţează progresia bolii. Ghidurile în vigoare recomandă intervenţie chirurgicală la bolnavii cu regurgitare mitrală moderat–severă simptomatici sau la cei cu disfuncţie de ventricul stâang. În prezent, pentru repararea valvei mitrale sunt disponibile atât procedura clasică chirurgicală cât şi o metodă nouă, percutană, prin intermediul unui dispozitiv (MitraClip, Abbott Vascular) care este introdus în atriul stâng pe cale transseptală. Repararea valvei mitrale cu ajutorul respectivului dispozitiv a şi fost testată în cadrul unui studiu cu 107 subiecţi şi a contribuit la reducerea semnificativă a severităţii regurgitării mitrale.

Studiul anterior menţionat – EVEREST II (Endovascular Valve Edge-to-Edge Repair Study) – realizează o comparaţie randomizată între repararea mitrală percutană şi cea chirurgicală şi îşi propune să evalueze eficacitatea şi siguranţa procedurii percutane în raport cu chirurgia convenţională. După înrolare, 279 de bolnavi cu regurgitare mitrală moderată sau severă (grad 3+ sau 4+) au fost randomizaţi, într-un raport 2:1, către reparare percutană ori către chirurgie convenţională de plastie/înlocuire a valvei mitrale. Obiectivul primar compus de eficacitate a constat în absenţa, la un an, a decesului, a unei noi operaţii pentru abordarea disfuncţiei de valvă mitrală şi a regurgitării mitrale de grad 3+ sau 4+. Obiectivul primar de siguranţă a fost un compus de evenimente adverse majore în primele 30 de zile după efectuarea procedurii.

La un an, rata obiectivului primar de eficacitate a fost de 55%, în grupul cu reparare percutană, şi de 73%, în cel cu tratament chirurgical (P=0,007), având următoarea distribuţie: 6% dintre subiecţi au murit, în ambele grupuri; 20 *vs* 2% reintervenţie chirurgicală pentru disfuncţie de valvă mitrală; 21 *vs* 20% regurgitare mitrală de grad 3+ sau 4+. Evenimentele adverse majore înregistrate în primele 30 de zile au avut loc în proporţie de 15%, în lotul cu reparare percutană, şi de 48%, în cel abordat chirurgical (P<0,001). La un an, dimensiunile VS, clasa NYHA şi calitatea vieţii erau ameliorate în ambele grupuri.

În concluzie, se pot afirma următoarele: procedura de reparare percutană pare a fi mai puţin eficientă decât chirurgia în reducerea regurgitării mitrale, dar este mai sigură şi aduce beneficii similare în ceea ce priveşte ameliorarea clinică.

Folfirinox *versus* gemcitabină în cancerul pancreatic cu metastaze

(*N Engl J Med* 2011;364:1817-25))

În anul 2010, adenocarcinomul de pancreas a fost, în SUA, cea de-a patra cauză de deces prin neoplazii. Prognosticul maladiei este nefast, supravieţuirea la cinci ani fiind de 6%, atât în SUA cât şi în Europa. Gemcitabina a devenit terapia de elecţie pentru neoplasmul pancreatic, după ce un studiu randomizat a demonstrat o ameliorare semnificativă a supravieţuirii globale, comparativ cu fluorouracilul administrat in bolus i.v. Irinotecanul pare să aibă o anumită eficacitate clinică în tratamentul cancerului pancreatic avansat. Studiile preclinice indică faptul că irinotecanul are o activitate sinergică atunci când este administrat înainte de fluorouracil şi de leucovorin. Oxaliplatinul are efecte antineoplazice pancreatice numai când este combinat cu fluorouracil.

Pornind de la relativa lipsă de suprapunere între reacţiile adverse generate de fluorouracil, leucovorin, irinotecan şi oxaliplatin, un regim combinat între substanţele menţionate a fost urmărit în cadrul unor studii de fază 1 şi a pus 1n evidenţă răspunsuri terapeutice la pacienţii cu neoplasm pancreatic avansat.

Studiul prezentat este unul de fază 2-3, care realizează o comparaţie între regimul cu folfirinox (oxaliplatin, irinotecan, fluorouracil şi leucovorin) şi terapia standard cu gemcitabină, în cancerul pancreatic.

Au fost incluşi 342 de pacienţi cu neoplasm pancreatic şi cu scor de performanţă Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status 0 sau 1 (scala de la 0 la 5, 5 fiind cel mai grav), randomizaţi să primească fie folfirinox (oxaliplatin, 85 mg/m^2 de suprafaţă corporală; irinotecan, 180 mg/m^2, leucovorin, 400 mg/m^2; şi fluorouracil, 400 mg/m^2, bolus, urmat de 2 400 mg/m^2, perfuzie continuă, timp de 46 de ore, din două în două săptămâni), fie gemcitabină în doză de 1 000 mg/m^2, săptămânal, timp de şapte din opt săptămâni, apoi săptămânal, timp de trei din patru săptămâni. În cazurile cu răspuns pozitiv, chimioterapia a fost continuată pe durata a şase luni în ambele grupuri.

Obiectivul primar al studiului a fost reprezentat de supravieţuirea globală. Parametrul vizat a fost de 11,1 luni, în lotul cu folfirinox, *versus* 6,8 luni, în cel cu gemcitabină (P<0,001). Supravieţuirea medie fără progresie a bolii a fost de 6,4 luni în grupul cu folfirinox *vs* 3,3 luni în cel cu gemcitabină (P<0,001). Rata de răspuns obiectiv la terapie a fost de 31,6% în grupul cu folfirinox *vs* 9,4% în cel cu gemcitabină (P<0,001). În lotul tratat cu folfirinox s-au înregistrat, însă, mai multe evenimente adverse: 5,4% dintre pacienţii repartizaţi în lotul respectiv au prezentat neutropenie febrilă. Degradarea definitivă a calităţii vietii la şase luni a apărut la 31% dintre subiecţii care luau folfirinox *vs* 66% dintre cei trataţi cu gemcitabină (P<0,001).

În concluzie, se pot afirma următoarele: faţă de terapia clasică pe bază de gemcitabină, regimul nou propus, cu folfirinox, s-a asociat cu o supravieţuire mai bună, dar în detrimentul unei toxicităţi mai mari. Folfirinox poate fi luat în considerare pentru tratamentul pacienţilor cu neoplasm pancreatic şi cu scor de performanţă oncologic bun.

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

Teleasistenţa pentru afecţiunile de lungă durată

Susannah McLean,[1] Denis Protti,[2] Aziz Sheikh[1]

[1]eHealth Research Group, Centre for Population Health Sciences, University of Edinburgh, Edinburgh EH8 9AG, UK
[2]University of Victoria, Victoria, BC, Canada
Corespondenţa la:
A Sheikh
aziz.sheikh@ed.ac.uk

Telehealthcare for long term conditions

Citaţi articolul ca:
BMJ 2011;342:d120
doi: 10.1136/bmj.120

Teleasistenţa primară a sănătăţii implică acordarea de îngrijiri medicale personalizate la distanţă[1] şi are trei componente esenţiale:[2, w1]

- Pacientul furnizează date – de pildă, înregistrare audio, video, electrocardiografie, saturaţie în oxigen
- Informaţia este transferată electronic către un cadru medical dintr-o altă locaţie
- Cadrul medical foloseşte simţul clinic şi raţiunea pentru a-i oferi pacientului feed-back personalizat.

Teleasistenţa poate fi asigurată prin tehnologii sincrone şi asincrone (precum stocarea şi redirecţionarea) (fig. 1). De pildă, conferinţele telefonice şi cele video permit consultaţii în timp real. Un exemplu de comunicare asincronă ar putea fi stocarea, timp de două săptămâni, a rezultatului la spirometrie şi trimiterea lui către doctor, care va răspunde prin e-mail sau telefonic.

Demersul în speţă este înrudit cu telemedicina, dar diferă de ea deoarece, în aceasta din urmă, tehnologia se utilizează pentru a transmite informaţiile la distanţă între furnizorii de servicii medicale.[2]

De ce creşte interesul faţă de teleasistenţă?

Sistemele de sănătate din întreaga lume se confruntă cu dificultăţi majore, generate de fenomene precum îmbătrânirea populaţiei, augmentarea numărului de pacienţi cu afecţiuni cronice, abordarea problematică a bolnavilor care locuiesc în zone îndepărtate de orice unitate sanitară sau a celor cu mobilitate limitată, creşterea aşteptărilor utilizatorilor de servicii medicale.[w2, w3] Teleasistenţa oferă soluţii potenţiale problemelor menţionate, dar este necesar să i se evalueze cu prudenţă acceptabilitatea şi eficienţa, precum şi siguranţa adoptării ei.

IDEI PRINCIPALE

Teleasistenţa este un serviciu de sănătate personalizat, oferit la distanţă; datele sunt transferate de la pacient la cadrul medical, care asigură feed-back

La bolnavii cu afecţiuni cronice, precum astmul necontrolat şi diabetul, intervenţia poate reduce numărul de spitalizări, fără să crească mortalitatea

Pot apărea unele dificultăţi: probleme ce ţin de interfaţa utilizatorului, de natură tehnică ori temeri legate de siguranţa şi confidenţialitatea datelor

Teleasistenţa poate altera relaţia medic–pacient, ceea ce implică necesitatea umanizării ei

Este bine să fie avute în vedere noi organigrame, menite să minimizeze eventuale disfuncţionalităţi neintenţionate ale procedurilor de lucru obişnuite

Înainte de introducerea teleasistenţei este necesar să se evalueze eficienţa costului şi a siguranţei intervenţiei

SURSE ŞI CRITERII DE SELECŢIE

Am identificat sinteze sistematice şi studii de cercetare originală privind teleasistenţa şi afecţiunile cronice. Căutând printre sintezele sistematice Cochrane am găsit trialuri controlate, randomizate, ce vizau intervenţiile de teleasistenţă pentru astm şi BPOC. Termenii de căutare au fost: telesănătate, telemedicină, tele-medicină, internet, computer, web, interactiv, telecomunicaţii, telefon, sms, telemonitor, telemanagement, teleconsultaţie, teleasistenţă, telematic, telefarmacie. Am căutat în PubMed (1948–martie 2010) folosind cuvintele teleasistenţă, telesănătate, teleîngrijire, telemedicină, sinteză sistematică sau trial controlat şi randomizat, şi am selectat studiile relevante.

Am navigat pe internet prin aşa-zisa literatură cenuşie, căutând documente legale şi strategice, website-uri guvernamentale oficiale pe probleme de sănătate. Am folosit şi bibliotecile noastre private de cercetare, precum şi lucrările finalizate şi pe cele în curs de desfăşurare despre teleasistenţă.

Acceptarea de către cadrele medicale şi de către pacienţi

Cadrele medicale

Teleasistenţa poate afecta în mare măsură consultaţiile. În SUA, până la recunoaşterea ei ca act medical rambursabil, de către sistemele de asigurări de sănătate de stat (cum este Medicare), s-a manifestat o oarecare reticenţă faţă de adoptarea intervenţiei. O barieră de rambursare similară a fost sesizată şi în unele ţări din UE.[w4] De fapt, în statele cu sisteme de sănătate bazate pe asigurări, întâlnirea dintre

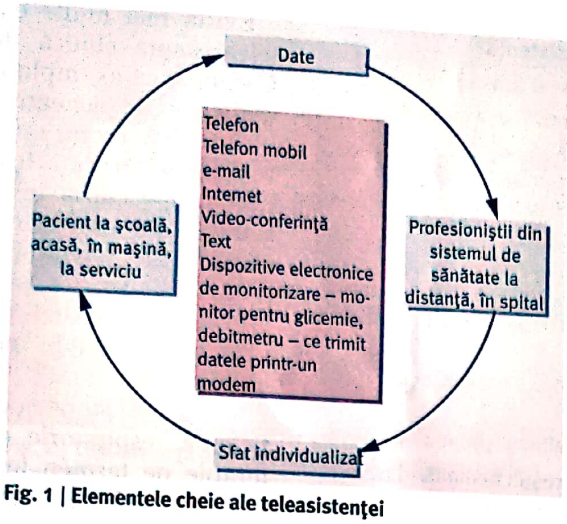


Fig. 1 | Elementele cheie ale teleasistenţei

medic şi pacient a fost, uneori, o cerinţă pentru rambursare,[w4] însă Comisia Europeană priveşte acum teleasistenţa ca pe un act medical legitim, atrăgând atenţia asupra punctelor prezentate în caseta 2.[w5]

Pacienţii

A fost intens studiată atitudinea pacienţilor faţă de teleasistenţă. O sinteză sistematică din 2007 a celor care prezentau o gamă largă de afecţiuni cronice a arătat că bolnavii văd teleasistenţa ca pe o modalitate pozitivă de dezvoltare a sistemului de sănătate.[3] Intervenţia îmbunătăţeşte accesul la îngrijire, ceea ce înseamnă că pacienţii îşi pot înţelege mai bine propria lor afecţiune, ea întărindu-le, totodată, sentimentul că au forţa şi disponibilitatea necesare pentru a se angaja în procesul de autoîngrijire.[3, 4]

Metodologia în speţă nu este exclusiv apanajul celor care se pricep la tehnologie. Un studiu din 1998 al unor subiecţi cu experienţă redusă în domeniul menţionat, care au folosit zilnic, timp de trei săptămâni, un sistem de teleasistenţă pentru astm, a constatat că 88% dintre ei s-au simţit în siguranţă când erau monitorizaţi de sistem; 94% au fost interesaţi de folosirea acestuia pe viitor.[5]

Studiile descriptive furnizează doar date limitate ce reflectă opiniile pacienţilor şi ale celor care-i îngrijesc cu privire la noile modele de asistenţă medicală. O sinteză sistematică din anul 2000 arată că, deşi s-a dovedit că bolnavii sunt mulţumiţi de teleasistenţă, cercetarea n-a avut profunzimea necesară. Autorii au sugerat ca rezultatele pozitive prezentate de majoritatea studiilor să fie interpretate cu prudenţă.[6]

Abordarea calitativă poate genera aprecieri mai nuanţate ale experienţei şi aşteptărilor pacienţilor. Un studiu din 2009 a convocat un grup de cetăţeni pentru a încerca să înţeleagă mai bine punctul de vedere al bolnavilor asupra teleasistenţei.[7] Discuţiile au fost edificatoare. Deşi discursul de principiu cu privire la intervenţia în speţă menţionează la tot pasul importanţa transformării pacientului dintr-un factor relaţional pasiv într-unul activ – devenind "informat", "expert" şi "capabil de autocontrol" – grupul a fost de părere că deseori, monitorizarea subiecţilor pasivi de către un cadru medical aflat, de această dată, la distanţă, accentua şi mai mult relaţiile existente, dominate de autoritatea profesionistului. Ei au conchis, totodată, că teleasistenţa nu poate înlocui interacţiunea directă şi că ar fi optimă o combinaţie între respectiva intervenţie şi consultaţia faţă în faţă. Grupul a subliniat şi necesitatea intensificării dialogului cu publicul referitor la graniţele noilor tehnologii, fiindcă există temerea că teleasistenţa ar putea abate atenţia de la nevoile îngrijirii personale, dar a recunoscut că, atâta timp cât pacientul are în continuare posibilitatea să opteze, dacă este cazul, pentru o consultaţie faţă în faţă, astfel de intervenţii ar putea avea o contribuţie valoroasă la asigurarea unei asistenţe medicale moderne.

Alte cercetări calitative au identificat preocupări similare. Subiecţii unui studiu din 2008 erau deranjaţi de faptul că partenerul de viaţă sau persoana care se ocupa de îngrijirea lor era prea "preocupat(ă)" în intervalul de timp acordat teleasistenţei în spaţiul domestic. Interviurile cu partenerii au arătat că aceştia s-au simţit "forţaţi să preia responsabilitatea", chiar dacă, neavând încredere în tehnologie, se simţeau nesiguri şi îngrijoraţi. Într-o notă mai favorabilă, bolnavii au afirmat că teleasistenţa le conferea o senzaţie de siguranţă, având sentimentul că acasă "li se poartă de grijă"; în acelaşi spirit, au menţionat şi ideea de "libertate", complet opusă celei de "supraveghere" din spitale.

Vârsta şi funcţia cognitivă sunt relevante când luăm în considerare acceptabilitatea teleasistenţei de către populaţii diferite. Demenţa incipientă sau problemele de sănătate mintală pot afecta capacitatea pacientului de a folosi tehnologia. Din moment ce văzul, auzul şi dexteritatea se schimbă odată cu înaintarea în vârstă, persoanele în etate – chiar şi cele cu funcţie cognitivă nealterată – pot întâmpina dificultăţi în privinţa tehnologiei. În plus, crearea unor sisteme ce accentuează izolarea socială a acestui grup vulnerabil constituie un motiv de îngrijorare. Este necesar să se evalueze cu atenţie, la fiecare caz în parte, în ce măsură intervenţiile prin teleasistenţă răspund nevoilor de îngrijire individuală.[w7, w8]

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

Caseta 1 | Ce beneficii aduce pacienţilor sistemul de teleasistenţă?[3]

Permite îngrijirea pacienţilor în locaţia preferată, de obicei la ei acasă

Le oferă instruire şi sprijin pentru asistenţa medicală preventivă, aşa cum se întâmplă, de pildă, în cazul celor care încearcă să slăbească

Consultaţiile clinice prin videotelefon sau pe camere web, cum sunt cele pentru astm sau pentru BPOC, ori evaluările anuale ale persoanelor cu diabet, pot înlocui programările obişnuite prilejuite de examinările anuale

Îmbunătăţeşte aderenţa la tratament

Educaţia pro-activă şi sprijinul prin forumurile web pot să faciliteze autogestionarea (de exemplu, în durerea lombară cronică) ori să prevină exacerbările unor afecţiuni cum este, de pildă, astmul

Utilizarea tehnicilor de monitorizare permit detectarea precoce a exacerbărilor, facilitând, astfel, un management mai eficient

Oferă oportunităţi mai bune de continuitate cu acelaşi clinician şi şedinţe mai dese

Reduce costurile pe care ar trebui să le suporte pacienţii, aceştia nemaifiind nevoiţi nici să absenteze de la şcoală ori de la serviciu, nici să se deplaseze

Caseta 2 | Prezentare succintă a perspectivei European Economic and Social Committee asupra teleasistenţei

Teleasistenţa nu poate şi nu trebuie să înlocuiască medicina convenţională. Este o intervenţie complementară, limitată de absenţa examinărilor clinice

Este necesară postularea clară a statutului cadrului medical care o practică

Pacientul trebuie să beneficieze de cele mai noi cunoştinţe medicale

Este obligatoriu ca bolnavul să aibă capacitatea de a-şi da consimţământul

Trebuie asigurată confidenţialitatea datelor

Documentele trebuie securizate şi înregistrate în dosarul medical

Trebuie asigurată continuitatea îngrijirilor

Actul medical trebuie să fie cel puţin echivalent calităţii celui tradiţional

Caseta 3 | Un exemplu de teleasistenţă în diabetul de tip 2

Trialul IDEATel (http$//clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00271739) a arătat că pacienţii care îşi monitorizează glicemia şi presiunea arterială prin teleasistenţă efectuată de un asistent specializat şi de un endocrinolog au valori mai scăzute ale hemoglobinei glicozilate, ale tensiunii arteriale şi ale LDL-colesterolului. Toate cauzele de mortalitate au fost similare în braţul de intervenţie şi în cel de control. Studiul nu a găsit diferenţe în privinţa mortalităţii generate de bolile cardiovasculare

Analizele ulterioare au arătat că îmbunătăţirea autocontrolului la pacienţii vârstnici de diverse etnii, care sufereau de diabet, a îmbunătăţit controlul glicemic

Teleasistenţa a avut un efect direct şi unul indirect – mediat prin schimbarea automonitorizării – asupra controlului glicemiei

Tensiunea arterială şi LDL-colesterolul s-au îmbunătăţit, dar nu ca rezultat al ameliorării automonitorizării

Eficienţa şi cost-eficienţa

Eficienţa

Deseori, eficienţa teleasistenţei este asumată de industrie şi de factorii de decizie politică.[8] Ea depinde de contextul în care este introdus un sistem specific. Trebuie să fie clar de la bun început scopul în care se apelează la teleasistenţă:[9] creşterea accesului, îmbunătăţirea stării clinice, detectarea precoce a exacerbărilor, reducerea riscului de spitalizare, scăderea mortalităţii sau a gradului de dependenţă la vârstnici. Înţelegerea motivelor ce au generat instituirea unei astfel de intervenţii, urmată de aplicarea şi evaluarea ei contribuie la stabilirea eficienţei acesteia.

Există mai multe exemple de proiecte de teleasistenţă clinică de succes (a se vedea Caseta 3, ca exemplu în cazul persoanelor cu diabet). La pacienţii cu boală pulmonară obstructivă cronică (BPOC), procedurile la realizarea cărora a fost implicat un manager de caz specializat în afecţiuni pulmonare au redus cuantumul exacerbărilor şi al spitalizărilor.[10-12] De exemplu, în cadrul unui trial, managerii de caz au oferit o asistenţă mai bună în timpul orelor de lucru, monitorizând mai des bolnavii, prin intermediul videoconferinţelor (fig. 2). Într-un studiu clinic din 2003, ce a vizat persoane cu BPOC şi cu insuficienţă respiratorie care necesitau oxigenoterapie pe termen lung sau ventilaţie mecanică, ori ambele, managerul de caz a alternat vizitele fizice cu cele virtuale, prin teleasistenţă, pentru a conduce tratamentul şi a reduce nevoia de spitalizare.[10]

Rezultate similare au fost obţinute şi de trialurile de teleasistenţă în astm identificate de sinteza noastră sistematică.[15] La majoritatea celor cu forme uşoare sau moderate de boală nu s-au găsit dovezi în sprijinul unei ameliorări specifice a calităţii vieţii, dar cuantumul spitalizărilor a fost redus în cazul bolnavilor atent selecţionaţi, cu astm sever sau recent internaţi (ori ambele), şi care sunt expuşi unui risc accentuat de a fi spitalizaţi din nou.[15]

O sinteză sistematică din 2009 arăta că teleasistenţa pacienţilor cu diabet poate ameliora controlul glicemic.[16] Numărul internărilor şi durata lor au scăzut semnificativ. Cei cu probleme grave au beneficiat de feed-back personalizat.[6] Datele obţinute au sugerat că prognosticul s-a îmbunătăţit în cazul menţinerii relaţiei terapeutice prin teleasistenţă. Exista o mare probabilitate ca bolnavii să-şi controleze mai bine problemele de sănătate şi să devină mai eficienţi, astfel încât, cu timpul, să depindă într-o mai mică măsură de feed-back.[13-14] Invers, cei care au fost de la început foarte eficienţi s-ar putea să beneficieze mai puţin de pe urma unui management ce implică teste şi raportări frecvente.

Pe ansamblu, dovezile arată că iniţiativele bazate pe teleasistenţă pot fi utile îndeosebi pacienţilor care au probleme legate de accesibilitate sau care necesită monitorizare atentă şi feed-back regulat (ori ambele). Se pare că noile modele de îngrijire sunt mai puţin eficiente în cazul persoanelor cu boli uşoare sau al celor care au deja un control optim.[13, 15-17]

Cost-eficienţa

Conform datelor existente, numai unele clase de intervenţii de teleasistenţă ieftine, în anumite contexte (de pildă, urmărirea telefonică,

Fig. 2 | Teleasistenţă prin videoconferinţă pentru un pacient cu BPOC

în vederea ameliorării complianței, ori mesajele-text pentru monitorizare), reușesc să îmbunătățească prognosticul și să scadă costurile.[18] În general, sunt doar puține dovezi ce atestă cost-eficiența. Cercetările efectuate au avut, de cele mai multe ori, o durată scurtă de urmărire și nu au investigat întregul spectru al punctelor de vedere (ale pacientului, ale furnizorului de servicii medicale, ale societății). Nu există decât un număr limitat de analize mai detaliate, cum sunt cele ce vizează cost-utilitatea sau estimarea costurilor de oportunitate.[14, w9-w11]

Aplicarea intervenției în condiții de siguranță

Protocoale și proceduri

Cadrele medicale și organizațiile lor specifice au ezitat să introducă teleasistența, parțial din cauza îngrijorărilor cu privire la siguranță. Există temerea că, în cazul în care apare o deteriorare acută neprevăzută, un pacient căruia i s-a acordat asistență în afara spitalului poate fi privat de îngrijirile specialistului în medicina de urgență – de exemplu, persoanele care se confruntă cu o exacerbare a BPOC. În majoritatea cazurilor, însă, se poate anticipa deteriorarea stării de sănătate și, cel puțin conform rezultatelor cercetărilor efectuate până în prezent, rata deceselor bolnavilor îngrijiți în ambulator nu este mai mare decât a celor asistați medical în condiții de spital.[19, 20] Este explicabil, astfel, de ce, odată cu introducerea sistemelor de teleasistență la domiciliu, se impune o intensificare a monitorizării. De multe ori este necesar un contact mai frecvent, menit să câștige deopotrivă încrederea pacienților și a cadrelor medicale care manipulează tehnologiile. Pentru clarificarea motivelor de îngrijorare sunt utile noi cercetări, care să prezinte toate efectele adverse ale intervențiilor analizate.

Caseta 4 | Ghidul elaborat de General Medical Council din Marea Britanie în privința prescripțiilor la distanță[w14]

În toate circumstanțele trebuie asigurat un dialog adecvat cu pacientul, care să:

- stabilească istoricul persoanei în cauză și afecțiunile sale medicale curente, cea mai recentă medicație utilizată, chiar și aceea fără prescripție
- realizeze o evaluare adecvată a afecțiunii bolnavului
- identifice cauza probabilă a afecțiunii
- asigure justificarea necesară prescrierii unor medicamente sau propunerii unui tratament; la nevoie, vor fi discutate cu pacientul opțiunile terapeutice
- confirme că tratamentul propus nu este contraindicat bolnavului
- efectueze înregistrarea precisă, clară și lizibilă a medicamentelor prescrise

Contactarea cadrelor medicale prin telefon, e-mail, internet sau prin alte intervenții de rețea pot duce la încălcarea confidențialității sau la pierderea datelor electronice, asemenea situații fiind ilustrate de o serie de cazuri recente, intens mediatizate.[w12, w13] Este bine să fie folosit un program computerizat de criptare adecvat și să se asigure securizarea transferului de date din cadrul sistemelor. Doctorii ar trebui să urmeze sfatul organizațiilor profesionale naționale de reglementare a consultațiilor prin telefon și e-mail – de pildă, General Medical Council (Colegiul Medicilor), pentru practicienii din Marea Britanie (caseta 4).[w14]

Și mai important este ca medicii să evalueze cât de adecvat ar fi să stabilească un prim contact cu pacientul printr-o consultație la distanță. Multe dintre sindicate subliniază că nici e-mailul, nici mesajul-text și nici discuția telefonică nu pot lua locul unei examinări față-în-față.[21, w15, w16] În Marea Britanie, medicii generaliști sunt obligați prin contract să ofere pacienților un examen fizic, dacă este necesar.

Modificările aduse organigramelor

N-ar trebui să fie subestimate eventualele disfuncționalități ale organigramelor existente, care constituie un factor deosebit de important responsabil de eșecul multor demersuri de reconfigurare a serviciilor informatizate.[22, 23] Cadrele medicale au nevoie de timp și de resurse pentru a se dedica activității pe care o implică teleasistența. Un cadru teoretic, precum cel al procesului de standardizare, poate contribui la identificarea elementelor ce se opun schimbării într-un atare tip de situație.[w17]

De exemplu, să luăm în considerare implicațiile unui trial privitor la o intervenție prin teleasistență în cazul unor pacienți cu insu-

Scanned with OKEN Scanner

Fig. 3 | Îndată ce capătă încredere în tehnologia utilizată, pacientul continuă să o folosească independent

ficiență cardiacă cronică, în care subiecții își automonitorizează greutatea și tensiunea arterială și își înregistrează singuri electrocardiograma, ce urmează a fi transmisă unui asistent specializat din spital care, după consultarea cu un cardiolog, îi consiliază telefonic, pe fiecare în parte, în legătură cu tratamentul afecțiunii respective.[w18]

Au fost subliniate câteva puncte de referință din cadrul organigramei:

- S-au schimbat rolul și responsabilitatea nurselor; ele sunt implicate mai mult în luarea deciziilor, ceea ce necesită o pregătire continuă;
- Medicul generalist este oarecum marginalizat, deoarece pacienții cu scheme de îngrijire din ce în ce mai complexe se adresează mai ușor unui doctor specialist;
- Este necesară menținerea responsabilității, prin protocoale și ghiduri pentru managerii de caz, ce prevăd gradul lor de implicare și momentul în care este necesar să apeleze la un practician cu experiență, chiar dacă respectivele normative se pot dovedi destul de împovărătoare.

Pregătirea personalului și a pacienților

Integrarea teleasistenței în organigramele serviciilor de sănătate presupune încărcarea cadrelor medicale cu noi roluri și responsabilități. Așa s-a întâmplat și în cazul inițiativei Columba,[w19] ce a necesitat asigurarea pe scară largă a unor oportunități de pregătire a personalului. În timpul respectivelor ședințe, cursanții au învățat cum să utilizeze tehnologiile și cum să contribuie, la rândul lor, cu idei privind adaptarea și integrarea acestora în organigramele existente.

RESURSE EDUCAȚIONALE SUPLIMENTARE

- McLean S, Chandler D, Nurmatov U, Liu J, Pagliari C, Car J, et al. Telehealthcare for asthma. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;10:CD007717.
- Bunn F, Byrne G, Kendall S. Telephone consultation and triage: effects on health care use and patient satisfaction. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;4:CD004180.
- Currell R, Urquhart C, Wainwright P, Lewis R. Telemedicine versus face to face patient care: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;2:CD002098.
- Inglis SC, Clark RA, McAlister FA, Ball J, Lewinter C, Cullington D, et al. Structured telephone support or telemonitoring programmes for patients with chronic heart failure. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;8:CD007228.
- Martin S, Kelly G, Kernohan WG, McCreight B, Nugent C. Smart home technologies for health and social care support. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;4:CD006412.
- Mistiaen P, Poot E. Telephone follow-up, initiated by a hospital-based health professional, for postdischarge problems in patients discharged from hospital to home. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;4:CD004510.
- Murray E, Burns J, See TS, Lai R, Nazareth I. Interactive Health Communication Applications for people with chronic disease. *Cochrane Database Syst* Rev 2005;4:CD004274.
- Eysenbach G, Powell J, Englesakis M, Rizo C, Stern A. Health related virtual communities and electronic support groups: systematic review of the effects of online peer to peer interactions. *BMJ* 2004;328:1166.

Și pacienții trebuie să fie instruiți. Ideal ar fi ca, în vederea stabilirii unui climat de încredere, prima interacțiune cu un sistem de teleasistență să fie față-în-față. Este necesar ca pregătirea să fie adaptată în funcție de gradul inițial de familiarizare cu tehnologia. De îndată ce capătă încredere în aparatura respectivă, pacienții pot continua să o folosească în mod independent (fig. 3).

Este nevoie de noi cercetări menite a ne ajuta să înțelegem care este cea mai bună modalitate de umanizare a unei relații la distanță, și să găsim căi de menținere a rolului relației terapeutice și, pe cât posibil, de creștere a acestuia.[w5]

Concluzii

Intervențiile bazate pe teleasistență proliferează rapid și sunt susținute de dovezi. Pentru a le transpune în practică eficient și sigur, trebuie stabilite clar scopurile vizate – îmbunătățirea accesului, creșterea satisfacției, evitarea internărilor de urgență sau reducerea costurilor. Intervențiile mai puțin complexe, de tipul celor bazate pe contactul telefonic, sunt

Scanned with OKEN Scanner

susținute de dovezi clare, dar chiar și cu aceste tehnologii, furnizorii de servicii medicale trebuie să rămână vigilenți față de potențialele surse de eroare, generate de lipsa unei consultații față-în-față.[24] Este necesar să fie avuți în vedere factori contextuali – de pildă, tipul afecțiunii, al tehnologiei, vârsta pacientului și abilitatea acestuia de-a interacționa cu abordările tehnice. Înainte ca respectivele tehnologii să capete statut preferențial, este utilă realizarea unor evaluări cost-beneficiu, pentru a evita creșterea cheltuielilor și a gradului de nemulțumire.[25, w20]

Contribuții: AS a conceput ideea articolului, SMcL a schițat manuscrisul, care a fost comentat, ulterior, de DP și revizuit de AS. SMcL și AS sunt garanții.

Conflicte de interese: Toți autorii au completat formularul Unified Competing Interest de pe site-ul www.incmje.org/coi_disclosure.pdf (disponibil la cerere, de la autorul responsabil cu corespondența) și au declarat că: lucrarea a fost sprijinită de granturi de la NHS Connecting for Health Evaluation Programme (NHS CFHEP 001) și de o bursă academică pentru medicii generaliști, ambele finanțate de NHS Education for Scotland; cu sprijin din partea Chief Scientist's Office of the Scotish Governement; autorii nu au avut, în ultimii trei ani, relații financiare cu alte organizații ce ar putea avea interese legate de lucrarea prezentată; nu au relații sau activități ce ar putea influența materialul de față.

Proveniență și modalitate de recenzare: Articol comandat, cu evaluare externă.

Traducere: Dr. Adriana Mihaela Pîrvu

1 McLean S, Sheikh A. Does telehealthcare offer a patient-centred way forward for the community-based management of long-term respiratory disease? *Prim Care Resp J* 2009;18:125-6.
2 Sood S, Mbarika V, Jugoo S, Dookhy R, Doarn CR, Prakash N, et al. What is telemedicine? A collection of 104 peer-reviewed perspectives and theoretical underpinnings. *Telemed J E Health* 2007;13:573-90.
3 Finkelstein J, Friedman RH. Potential role of telecommunication technologies in the management of chronic health conditions. *Dis Manage Health Outcome* 2000;8:57-63.
4 Pare G, Jaana M, Sicotte C. Systematic review of home telemonitoring for chronic diseases: the evidence base. *J Am Med Inform Assoc* 2007;14:269-77.
5 Finkelstein J, Hripcsak G, Cabrera MR. Patients' acceptance of Internet-based home asthma telemonitoring. *Proc AMIA Symp* 1998:336-40.
6 Mair F, Whitten P. Systematic review of studies of patient satisfaction with telemedicine. *BMJ* 2000;320:1517-20.
7 Mort M, Finch T, May C. Making and unmaking telepatients: Identity and governance in new health technologies. *Sci Technol Hum Val* 2009;34:9-33.
8 McKinstry B, Pinnock H, Sheikh A. Telemedicine for management of patients with COPD? *Lancet* 2009;374:672-3.
9 Catwell L, Sheikh A. Evaluating eHealth interventions: the need for continuous systemic evaluation. *PLoS Med* 2009;6:e1000126.
10 Bourbeau J, Julien M, Maltais F, Rouleau M, Beaupre A, Begin R, et al. Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific self-management intervention. *Arch Intern Med* 2003;163:585-91.
11 De Toledo P, Jimenez S, del Pozo F, Roca J, Alonso A, Hernandez C. Telemedicine experience for chronic care in COPD. *IEEE Trans Inf Technol Biomed* 2006;10:567-73.
12 Vitacca M, Bianchi L, Guerra A, Fracchia C, Spanevello A, Balbi B, et al. Tele-assistance in chronic respiratory failure patients: a randomised clinical trial. *Eur Respir J* 2009;33:411-8.
13 Trief P, Teresi JA, Eimicke JP, Shea S, Weinstock RS. Improvement in diabetes self-efficacy and glycaemic control using telemedicine in a sample of older ethnically diverse individuals who have diabetes: the IDEATel project. *Age Ageing* 2009;38:219-25.
14 Moreno L, Dale SB, Chen AY, Magee CA. Costs to Medicare of the Informatics for Diabetes Education and Telemedicine (IDEATel) home telemedicine demonstration: findings from an independent evaluation. *Diabetes Care* 2009;32:1202-4.
15 McLean S, Chandler D, Nurmatov U, Liu J, Pagliari C, Car J, et al. Telehealthcare for asthma. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;10:CD007717.
16 Polisena J, Tran K, Cimon K, Hutton B, McGill S, Palmer K. Home telehealth for diabetes management: a systematic review and metaanalysis. *Diabetes Obes Metab* 2009;11:913-30.
17 Polisena J, Tran K, Cimon K, Hutton B, McGill S, Palmer K, et al. Home telemonitoring for congestive heart failure a systematic review and meta-analysis. *J Telemed Telecare* 2010;16:68-76.
18 Pinnock H, Adlem L, Gaskin S, Harris J, Snellgrove C, Sheikh A. Accessibility, clinical effectiveness, and practice costs of providing a telephone option for routine asthma reviews: phase IV controlled implementation study. *Br J Gen Pract* 2007;57:714-22.
19 Casas A, Troosters T, Garcia-Aymerich J, Roca J, Hernandez C, Alonso A, et al. Integrated care prevents hospitalisations for exacerbations in COPD patients. *Eur Respir J* 2006;28:123-30.
20 Gruffydd-Jones K, Hollinghurst S, Ward S, Taylor G. Targeted routine asthma care in general practice using telephone triage. *Br J Gen Prac* 2005;55:918-23.
21 Car J, Sheikh A. Telephone consultations. *BMJ* 2003;326:966-9.
22 Cresswell K, Sheikh A. The NHS Care Record Service (NHS CRS): recommendations from the literature on successful implementation and adoption. *Inform Prim Care* 2009;17:153-60.
23 Pinnock H, Hanley J, Lewis S, MacNee W, Pagliari C, Van der Pol M, et al. The impact of a telemetric chronic obstructive pulmonary disease monitoring service: randomised controlled trial with economic evaluation and nested qualitative study. *Prim Care Respir J* 2009;18:233-5.
24 McKinstry B, Hammersley V, Burton C, Pinnock H, Elton R, Dowell J, et al. The quality, safety and content of telephone and face-toface consultations: a comparative study. *Qual Saf Health Care* 2010;19:298-303.
25 Boddy D, King G, Clark JS, Heaney D, Mair F. The influence of context and process when implementing e-health. *BMC Med Inform Decis Mak* 2009;9:9.

Scanned with OKEN Scanner

EXTRAS DIN *DRUG AND THERAPEUTICS BULLETIN*

Prevenirea exacerbărilor din boala pulmonară obstructivă cronică

Drug and Therapeutics Bulletin
Editorial Office, London
WC1H 9JR, UK
dtb@bmjgroup.com

FROM *DRUG AND THERAPEUTICS BULLETIN*
Preventing exacerbations in chronic obstructive pulmonary disease

Citați articolul ca:
BMJ 2011;342:c7207
doi: 10.1136/bmj.c7207

Prezentul articol a fost publicat, în versiunea sa originală, cu titlul "Preventing exacerbations in COPD in *Drug and Therapeutics Bulletin*" (*DTB* 2010;48:74-7).

DTB este privită ca o sursă extrem de obiectivă de informații bazate pe dovezi și de sfaturi practice pentru cadrele medicale, independentă de influența industriei farmaceutice, a guvernului și a autorităților juridice de resort, neadresată publicului larg. *DTB* se găsește pe internet, la http://dtb.bmj.com

Exacerbările acute în boala pulmonară obstructivă cronică (BPOC) sunt asociate cu niveluri crescute de mortalitate și de morbiditate. Pacienții cu exacerbări frecvente au un grad mai ridicat de anxietate și de depresie, un status de sănătate semnificativ alterat și o evoluție a bolii mai accentuată.[1,2] Exacerbările constituie cea mai frecventă și costisitoare cauză pulmonară a internării de urgență în spitalele din Marea Britanie,[3] ele împovărând considerabil și serviciile de sănătate.[2] Prin prezentul articol încercăm să stabilim dacă și cum medicația și intervențiile auxiliare pot ajuta la prevenirea exacerbărilor.

Context

BPOC este definită de către Global Initiative for Chronic Lung Disease (GOLD) ca o "afecțiune ce poate fi evitată și tratată... caracterizată prin o limitare a fluxului de aer care nu este complet reversibilă. Are un caracter progresiv, sistemic și determină, în timp, debilitarea organismului."[4] Cel mai important factor cauzal pentru instalarea bolii este fumatul, iar sevrajul tabagic este intervenția crucială ce poate reduce rata declinului funcției pulmonare, îmbunătățind supraviețuirea.[5,6] Severitatea BPOC este definită în funcție de reducerea volumului expirator forțat în prima secundă ($VEMS_1$), de valoarea prezisă pentru vârstă, înălțime și sex. Aceasta este considerată cel mai semnificativ (dar nu singurul) factor de predicție al prognosticului bolii.[7] Valoarea $VEMS_1$ este de 50-79% din cea preconizată, în forma ușoară a bolii, de 30-49%, în cea moderată, și de sub 30%, în forma severă.[8]

Nu există o definiție standard a exacerbărilor acute. GOLD le descrie astfel: "Evenimente în istoria naturală a afecțiunii, caracterizate prin modificarea simptomelor de bază ale pacientului: dispnee, tuse, expectorație, modificări ce depășesc variabilitatea cotidiană, care se instalează acut și care pot necesita schimbarea medicației obișnuite."[4] Exacerbările BPOC se produc din cauza unor interacțiuni complexe între virusurile respiratorii, bacteriile din căile aeriene, poluarea aerului ambiant și factorii ce țin de gazdă, care au ca rezultat activarea cascadei inflamatorii. Consecințele proceselor inflamatorii de la nivelul căilor aeriene includ intensificarea secreției de spută, bronhospasm, edem al căilor aeriene, ce determină agravarea limitării fluxului de aer și a dispneei.[9] Frecvența episoadelor crește odată cu agravarea bolii.[2] În medie, pacienții cu forme moderate spre severe de BPOC au circa trei exacerbări pe an, față de numai două, în cazul celor cu forme ușoare.

În trialurile intervenționale referitoare la BPOC, exacerbările sunt definite, uneori, în funcție de severitatea lor – de exemplu, una moderată poate fi descrisă ca agravare a simptomelor respiratorii ce au nevoie de tratament cu antibiotic sau/și corticosteroizi orali, în timp ce episoadele severe sunt cele care necesită spitalizare.

Măsuri preventive

Medicamente unice

Medicamente antimuscarinice cu durată lungă de acțiune

O sinteză sistematică Cochrane a nouă trialuri randomizate, controlate (ce au totalizat 6 584 de pacienți cu BPOC moderat și sever), a constatat că, spre deosebire de placebo sau de ipratropium (un antimuscarinic cu acțiune de scurtă durată), tiotropium diminuează probabilitatea exacerbărilor (definite ca un complex de simptome respiratorii ce durează mai mult de trei zile și necesită, de obicei, intervenție terapeutică; odds ratio 0,74, CI 95% de la 0,66 la 0,83) și spitalizare (0,64, CI 95% de la 0,51 la 0,82).[10] Într-un și mai recent studiu, denumit Understanding Potential Long-term Impacts on Function with Tiotropium (UPLIFT – Înțelegerea consecințelor potențiale ale impactului, pe termen lung, al tiotropiumului asupra funcției), controlat placebo, cu o durată de patru ani și un lot de 5 993 de subiecți cu BPOC moderat și sever, tiotropium nu a redus rata declinului $VEMS_1$ (obiectivul prin-

Scanned with OKEN Scanner

cipal al cercetării),[11] însă a prelungit intervalul de timp până la următoarea exacerbare (16,7 luni, CI 95% 14,9–17,9 *vs* 12,5 luni, 11,5–13,8) și a redus cu 14% media exacerbărilor (P<0,001; toate obiectivele secundare). Exacerbările au fost definite ca apariție bruscă/accentuare a simptomelor respiratorii, cu o durată de peste trei zile și care necesită tratament antibiotic sau corticosteroid sistemic.

Antimuscarinicele pot determina efecte secundare nedorite – de pildă, tulburări de vedere, uscăciunea gurii, constipație, dificultăți de micțiune și aritmii. O metaanaliză a 17 trialuri randomizate, controlate (cu un efectiv global de 14 783 de subiecți), ce au evaluat acțiunea tiotropiumului și pe cea a ipratropiumului, au constatat că tratamentele respective cresc ușor, la pacienții cu BPOC (1,9% *vs* 1,2% pentru control, risc relativ 1,60, CI 95% de la 1,22 la 2,10), probabilitatea producerii următoarelor evenimente: deces generat de cauze cardiovasculare, infarct miocardic, accident vascular cerebral.[12] Studiul UPLIFT (care nu a exclus bolnavii cu afecțiuni cardiace) a evidențiat, însă, o probabilitate mai mică a apariției unor evenimente cardiace în cazul utilizării de tiotropium, comparativ cu placebo, pe o perioadă de patru ani (risc relativ de evenimente cardiace 0,84, CI 95% de la 0,73 la 0,98).[11]

Beta-2-agoniști cu durată lungă de acțiune (BADLA)

O sinteză sistematică Cochrane al unui trial randomizat, controlat, dublu-orb, ce evalua BADLA la pacienții care aveau BPOC cu reversibilitate parțială la bronhodilatatoarele cu durată scurtă de acțiune (și un $VEMS_1$ de cel mult 75% din valoarea prezisă), a constatat că probabilitatea unei exacerbări (nedefinită în raport) a fost redusă cu salmeterol 50 µg, comparativ cu placebo (odds ratio 0,72, CI 95% de la 0,57 la 0,90; datele din șase trialuri ce totalizau 1 741 de pacienți).[13] Autorii au calculat un "number needed to treat" (NNT – numărul de pacienți necesar a fi tratați pentru a preveni o exacerbare pe termen scurt) de 24 (CI 95% de la 14 la 98). Sinteza respectivă nu a găsit suficiente dovezi pentru a trage o concluzie cu privire la BADLA sau la alte doze de salmeterol. Ulterior, un trial randomizat, controlat, dublu-orb, cunoscut sub numele "Towards a Revolution in COPD Health" (TORCH – Către o revoluție în sănătatea BPOC), a evaluat salmeterolul în cazul formei de boală cu reversibilitate scăzută. Studiul a inclus 6 112 subiecți cu BPOC, care aveau $VEMS_1$ sub 60% din valoarea prefigurată.[14] Între pacienții tratați cu salmeterol plus fluticazonă și cei care luau separat fiecare dintre medicamentele menționate (obiectivul primar) nu a existat nicio diferență în ceea ce privește supraviețuirea. Comparativ cu placebo, însă, salmeterol 50 µg, de două ori pe zi, a redus rata anuală de exacerbări moderate sau severe (obiectiv secundar, definit ca deteriorare simptomatică, necesitând fie terapie antimicrobiană, fie corticosteroizi orali, fie spitalizare sau o combinație a acestora) cu 15% (CI 95% de la 7% la 22%, P<0,001), ceea ce, conform părerii autorilor, corespundea unui NNT de 4 pentru a preveni o exacerbare pe an.

BADLA pot provoca tremurături, iritabilitate, cefalee, crampe musculare și palpitații. Există un risc teoretic al terapiei cu BADLA ca, din cauza stimulării beta-adrenergice, să genereze tahiaritmii bolnavilor cu BPOC. O metaanaliză a datelor individuale ale pacienților din șapte trialuri (care au totalizat 1 410 subiecți tratați cu salmeterol 50 µg, de două ori pe zi, timp de un an) nu a găsit nicio creștere semnificativă a riscului de evenimente adverse cardiovasculare.

Corticoizii inhalatori

O sinteză sistematică Cochrane a inclus 47 de trialuri randomizate, controlate placebo (ce au inclus, în total, 13 139 de pacienți), privitoare la acțiunea corticoizilor inhalatori în tratamentul pacienților cu BPOC ($VEMS_1$ 36-87% din valoarea preconizată).[16] Folosirea pe termen lung (mai mult de șase luni) a corticosteroizilor inhalatori a redus ușor rata exacerbărilor (nedefinită în raport) (diferența medie ponderată – 0,26 exacerbări *per* pacient *per* an, P<0,0001).

O metaanaliză mai recentă a datelor din 11 trialuri randomizate, controlate placebo, ce vizau tot corticoizii inhalatori (lot global de studiu 8 164 pacienți cu BPOC; durata fiecărui trial minimum un an), a relevat și ea o diminuare moderată a exacerbărilor (nedefinite) (0,82, CI 95% de la 0,73 la 0,92), o analiză de subgrup sugerând că un asemenea beneficiu a apărut doar la bolnavii al căror $VEMS_1$ era sub 50% din valoarea prezisă.[17]

Efectele adverse asociate utilizării corticosteroizilor inhalatori includ candidoza oro-faringiană și disfonia. Medicația în speță crește și probabilitatea instalării pneumoniei la pacienții cu BPOC (risc relativ 1,60, CI 95% 1,33–1,92).[18] Astfel de dovezi au determinat ca MHRA (Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency – Agenția de reglementare a produselor medicamentoase și de îngrijire a sănătății) să-i sfătuiască pe medici ca, în cazul bolnavilor suferinzi de BPOC,

Scanned with OKEN Scanner

aflați sub tratament cu produse inhalatorii pe bază de corticosteroizi, să rămână vigilenți față de pneumonie și de alte infecții ale tractului respirator inferior.[19] În abordarea medicamentoasă a BPOC nu se admite folosirea preparatelor inhalatorii care conțin numai corticosteroizi. MHRA mai recomandă ca acestea să nu fie administrate singure în BPOC, ci să fie introduse doar când boala evoluează către forma severă.[20]

Combinații de medicamente

BADLA plus corticosteroizi inhalatori

O sinteză sistematică Cochrane a identificat șapte trialuri randomizate, controlate, dublu-orb (ce totalizau 5 708 subiecți cu BPOC moderat spre sever).[21] Adăugarea unui BADLA la un corticosteroid inhalator a determinat reducerea ratei exacerbărilor față de control cu doar 9% (CI 95% 3%-15%). De asemenea, unul dintre trialuri (TORCH) a demonstrat că, atunci când s-a utilizat terapie combinată, a scăzut numărul de spitalizări (obiectiv secundar), dar numai comparativ cu placebo, nu și cu salmeterolul sau cu fluticazona, administrate separat.[14]

O sinteză sistematică a trialurilor randomizate și controlate, ce au evaluat combinația între BADLA și un corticosteroid inhalator (18 studii și un lot total de cercetare de 12 446 de pacienți), a constatat că respectiva asociere nu este mai eficientă decât BADLA singur pentru prevenirea exacerbărilor severe (ce necesită spitalizare sau întreruperea tratamentului), dar este mai utilă în preîntâmpinarea celor moderate (ce impun antibioterapie sau corticosteroizi sistemici) (rata exacerbării 17,5% *vs* 20,1% dintre pacienți, P=0,008; NNT 31, CI 95% 20–93).[22]

O sinteză sistematică Cochrane a unor trialuri randomizate, controlate, care comparau combinația dintre un corticosteroid inhalator plus BADLA și tiotropium inhalator, a identificat trei trialuri ce totalizau 1 507 subiecți.[23] Nu s-a efectuat, însă, nicio metaanaliză, parțial din cauza diferențelor de durată a studiilor. În cel mai amplu trial, Investigating New Standards for Prophylaxis in Reducing exacerbations" (INSPIRE – Investigarea noilor standarde profilactice pentru reducerea exacerbărilor), ce a inclus 1 323 de pacienți cu o medie a $VEMS_1$ de 39%), rata exacerbărilor (obiectivul primar, definit ca pacienți care necesită fie terapie cu corticosteroizi orali și/sau antibiotice, fie spitalizare) a fost aceeași în cazul ambelor tratamente.[24]

Antimuscarinice+corticosteroid+BADLA

Raportul Canadian Health Technology Assessment (Evaluarea canadiană a tehnologiei sanitare), publicat recent, a evaluat eficiența triplei terapii pentru BPOC moderat spre sever prin realizarea unei sinteze sistematice a dovezilor.[25] Au fost identificate patru trialuri randomizate cu privire la tripla terapie (fie tiotropium cu fluticazonă+salmeterol, fie tiotropium cu budesonid+ formoterol), dar s-a constatat că toate aveau populații heterogene și o serie de probleme metodologice. Concluzia autorilor a fost că nu s-au găsit suficiente dovezi capabile să arate dacă tripla terapie a fost superioară unei combinații de tip corticosteroid plus bronhodilatator sau uneia de tip BADLA plus antimuscarinic.

Alte medicamente și vaccinări

O metaanaliză a datelor din 38 de trialuri randomizate și controlate (ce totalizau 7 042 de pacienți cu BPOC) a evidențiat faptul că terapia mucolitică a redus valoarea medie a numărului de exacerbări *per* pacient cu 0,04 pe lună; unele dovezi sugerează că respectivul beneficiu poate fi observat doar la bolnavii care nu folosesc încă un corticosteroid inhalator.[26]

Datele furnizate de trialurile clinice efectuate până în prezent nu sunt încă suficiente pentru a sprijini utilizarea terapiei antibiotice profilactic, destinată prevenirii exacerbărilor.

O sinteză sistematică Cochrane a identificat două trialuri randomizate și controlate, totalizând 187 de subiecți cu BPOC, ce au evaluat efectul vaccinării antigripale asupra exacerbărilor:[27] reduce rata exacerbărilor comparativ cu placebo (o diferență medie ponderată a exacerbărilor de -0,37, CI 95% -0,64–0,11, P=0,006). O altă sinteză Cochrane, ce a inclus patru trialuri randomizate și controlate (lot total de studiu 937 de pacienți cu BPOC,) nu a găsit nicio dovadă în sprijinul unui eventual beneficiu al vaccinului antipneumococic asupra morbidității și a mortalității.[28]

Oxigenoterapia și ventilația non-invazivă

Oxigenoterapia pe termen lung (de regulă, minimum 15 ore pe zi) prelungește durata de supraviețuire la pacienții cu hipoxemie severă generată de BPOC (odds ratio pentru supraviețuirea la cinci ani *versus* fără oxigenoterapie 0,42, CI 95% 0,18–0,98).[29] Nu există, însă, un efect dovedit al oxigenoterapiei pe termen lung în prevenirea exacerbărilor BPOC, deși bolnavii hipoxemici, care nu primesc oxigenoterapie pe termen lung, au o probabilitate mult mai mare de a fi spitalizați.[30] Nu sunt disponibile dovezi concludente nici în sprijinul impactului pozitiv, asupra pacienților cu BPOC, al administrării ventilației non-invazive cu presiune pozitivă, la domiciliu, în vederea reducerii frecvenței exacerbărilor.

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

Alte intervenţii

Reabilitarea pulmonară

Programele de reabilitare pulmonară, ce includ antrenament progresiv, educaţie şi intervenţii psihologice şi de comportament (inclusiv strategii de renunţare la fumat), au multiple beneficii în BPOC, inclusiv reducerea simptomelor şi îmbunătăţirea calităţii vieţii.[31] Ele nu sunt, însă, disponibile tuturor pacienţilor din Marea Britanie. O sinteză sistematică Cochrane a trialurilor randomizate şi controlate care comparau reabilitarea pulmonară, indiferent de durata ei, după o exacerbare a BPOC, cu îngrijirea convenţională, a identificat şase trialuri (ce totalizau 219 subiecţi).[32] Autorii au arătat că, potrivit dovezilor (studii de mici proporţii, cu o calitate metodologică moderată), reabilitarea pulmonară a fost foarte eficientă şi sigură pentru scăderea numărului de spitalizări (NNT 3, CI 95% 2–4) şi al deceselor (NNT 6, 95%CI 5–30) şi pentru îmbunătăţirea calităţii vieţii. Un trial ulterior, efectuat pe 60 de bolnavi cu BPOC care fuseseră internaţi pentru o exacerbare, a arătat că puţini dintre cei randomizaţi spre reabilitare pulmonară acută (în mai puţin de o săptămână după externare) au fost spitalizaţi din nou, pentru a primi tratament, în următoarele trei luni (7% faţă de 33% dintre cei care au primit terapie obişnuită, P=0,002).[33]

Educaţia pacientului

Mai multe trialuri au examinat efectele programelor educaţionale ce vizau deprinderea modalităţilor de automedicaţie, ghidarea schimbărilor comportamentale şi furnizarea de suport emoţional pentru pacienţii cu BPOC. Rezultatele obţinute arată că asemenea demersuri reduc probabilitatea de internare, dar sunt date insuficiente pentru a formula clar recomandări cu privire la forma şi conţinutul unor programe educaţionale de automanagement.[34-36]

Programe de management al bolii

O sinteză sistematică a nouă trialuri randomizate şi controlate (numărul total al subiecţilor înrolaţi nu a fost inclus în raport) nu a găsit niciun beneficiu al managementului condus de asistent la pacienţii cu BPOC stabil.[37] Într-un studiu pe aceeaşi temă, 155 de bolnavi internaţi în spital cu exacerbare BPOC au fost randomizaţi fie către îngrijiri integrate (ce constau în evaluare comprehensivă, suport pentru automanagement, plan de asistenţă individuală şi acces mai bun la cadrele medicale prin intermediul unui Call Center şi prin video-conferinţe), fie către servicii de sănătate obişnuite.[38] Cei care au beneficiat de îngrijiri integrate au avut mai puţine spitalizări în timpul unui an (1,5 *versus* 2,1, P=0,033) şi mai mulţi au evitat reinternările (49% *versus* 31%, P=0,03).

Într-un studiu randomizat şi controlat, 122 de pacienţi cu BPOC moderat spre sever, internaţi cu exacerbare acută, au primit un pachet de îngrijiri condus de asistent, cuprinzând reabilitare pulmonară iniţială şi educaţie pentru automanagement, un plan scris de acţiune BPOC, apeluri telefonice lunare şi vizite la domiciliu de trei ori pe lună, de-a lungul a 24 de luni.[39] Comparativ cu bolnavii care au avut parte de îngrijiri obişnuite, cei cu intervenţii conduse de asistent au început automedicaţia cu antibiotice şi corticosteroizi în timpul exacerbării şi au necesitat un cuantum mai mic de consultaţii neprogramate. Au fost semnificativ mai puţine decese legate de BPOC în grupul de intervenţie (1 *versus* 8), deşi rata spitalizării a fost similară. Acesta a fost primul studiu care demonstrează beneficiile intervenţiilor integrate pentru BPOC asupra mortalităţii. Ca şi în cazul altor cercetări, este neclar care dintre elementele programului a fost cel mai important, dar este posibil ca automedicaţia să fi atenuat severitatea exacerbărilor, determinând scăderea numărului de decese.

Sfatul NICE

Ghidurile actualizate ale National Institute for Health and Clinical Excelence (NICE – Institutul Naţional pentru Sănătate şi Excelenţă Clinică) privitoare la managementul BPOC sugerează următoarele recomandări:

- Toţi bolnavii cu BPOC care încă fumează, indiferent de vârstă, trebuie încurajaţi să se lase de fumat, punându-le la dispoziţie orice ajutor şi oportunitate pentru sevraj tabagic;
- Pacienţilor cu BPOC stabil, care au dispnee sau exacerbări în ciuda folosirii bronho-dilatatoarelor cu durată scurtă de acţiune (dacă $VEMS_1$ >50% din valoare prezisă), li se va administra, ca terapie de întreţinere, fie BADLA, fie un antimuscarinic cu durată lungă de acţiune; sau (dacă $VEMS_1$ este sub 50% din valoarea preconizată) fie BADLA plus un corticosteroid inhalator, într-un dispozitiv de inhalat, fie BADLA plus un antimuscarinic cu durată lungă de acţiune;
- Bolnavilor cu BPOC care au dispnee sau exacerbări, în ciuda administrării BADLA plus corticosteroid inhalator, li se va da în plus şi un antimuscarinic cu

durată lungă de acțiune, indiferent de valoarea $VEMS_1$;
- Reabilitarea pulmonară trebuie să fie disponibilă tuturor pacienților cu BPOC, inclusiv celor care au fost spitalizați recent pentru o exacerbare acută.

Concluzii

Exacerbările BPOC produc creșteri semnificative ale morbidității și ale mortalității și au un impact covârșitor asupra activității și costurilor implicate de serviciile medicale.

Cea mai eficientă intervenție pentru pacienții cu BPOC este renunțarea la fumat, care poate reduce declinul funcției pulmonare, îmbunătățind și rata de supraviețuire. Medicamentele pot ajuta la scăderea frecvenței exacerbărilor, dar efectul lor global este modest. În general, se pare că abordarea treptată a medicației recomandate în noile ghiduri NICE asupra BPOC are efecte rezonabile. Nu există, însă, dovezi suficiente care să arate eventualele beneficii superioare ale triplei terapii, care este una dintre recomandările NICE (BADLA plus antimuscarinic cu durată lungă plus corticosteroid inhalator). Deciziile cu privire la tratamentul medicamentos trebuie să ia în considerare frecvența exacerbărilor la pacientul respectiv și posibilitatea producerii unor efecte terapeutice adverse (inclusiv riscul de pneumonie secundar curei cu corticosteroizi inhalatori). Reabilitarea pulmonară pare a fi foarte eficientă în reducerea numărului de internări în spital și a mortalității și ar trebui să fie disponibilă tuturor pacienților cu BPOC, deși în mod curent nu este posibilă pe întreg teritoriul Marii Britanii.

Traducere: Dr. Adriana Mihaela Pîrvu

1 Donaldson GC Seemungal TAR, Bhowmik A, Wedzicha JA. Relationship between exacerbation frequency and lung function decline in chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 2002;57:847-52.
2 O'Reilly JF, Williams AE, Holt K, Rice L. Defining COPD exacerbations: impact on estimation of incidence and burden in primary care. *Prim Care Respir J* 2006;15:346-53.
3 British Thoracic Society. Burden of lung disease report, 2nd ed. 2006. www.brit-thoracic.org.uk/Portals/0/Library/BTS%20 Publications/burdeon_of_lung_disease2007.pdf .
4 Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. 2009. www.goldcopd.com/Guidelineitem.asp?l1=2&l2=1&intId=2003.
5 Anthonisen NR, Connett JE, Kiley JP, Murray D, Altose MD, Bailey WC, et al. Effects of smoking intervention and the use of an inhaled anticholinergic bronchodilator on the rate of decline of FEV1. The Lung Health Study. *JAMA* 1994;272:1497-505.
6 Anthonisen NR, Skeans MA, Wise RA, Manfreda J, Kanner RE, Connett JE, et al. The effects of a smoking cessation intervention on 5-year mortality. *Ann Intern Med* 2005;142:233-9.
7 Thomason MJ, Strachan DP. Which spirometric indices best predict subsequent death from chronic obstructive pulmonary disease? *Thorax* 2000;55:785-8.
8 National Clinical Guideline Centre. Chronic obstructive pulmonary disease: management of chronic obstructive pulmonary disease in adults in primary and secondary care. 2010. http://guidance.nice.org.uk/CG101/Guidance/pdf/English.
9 O'Donnell DE, Parker CM. COPD exacerbations. 3: Pathophysiology. *Thorax* 2006;61:354-61.
10 Barr RG, Bourbeau J, Camargo CA, Ram FS. Inhaled tiotropium for stable chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2005,2:CD002876.
11 Tashkin DP, Celli B, Senn S, Burkhart D, Kesten S, Menjoge S, et al. A 4-year trial of tiotropium in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med* 2008;359:1543-54.
12 Singh S, Loke YK, Furberg CD. Inhaled anticholinergics and risk of major adverse cardiovascular events in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and metaanalysis. *JAMA* 2008;300:1439 -50.
13 Appleton S, Poole P, Smith B, Veale A, Lasserson TJ, Chan MM. Long-acting beta2-agonists for poorly reversible chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;3:CD001104.
14 Calverley PM, Anderson JA, Celli B, Ferguson GT, Jenkins C, Jones PW, et al. Salmeterol and fluticasone propionate and survival in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med* 2007;356:775-89.
15 Ferguson GT, Funck-Brentano C, Fischer T, Darken P, Reisner C. Cardiovascular safety of salmeterol in COPD. *Chest* 2003;123:1817-24.
16 Yang IA, Fong KM, Sim EH, Black PN, Lasserson TJ. Inhaled corticosteroids for stable chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;2:CD002991.
17 Agarwal R, Aggarwal AN, Gupta D, Jindal SK. Inhaled corticosteroids vs placebo for preventing COPD exacerbations: a systematic review and metaregression of randomized controlled trials. *Chest* 2010;137:318-25.
18 Singh S, Amin AV, Loke YK. Long-term use of inhaled corticosteroids and the risk of pneumonia in chronic obstructive pulmonary disease: a meta-analysis. *Arch Intern Med* 2009;169:219-29.
19 Medicines and Healthcare products Regulatory Agency. Inhaled corticosteroid: pneumonia. *Drug Safety Update* 2007;1:5-6.
20 Medicines and Healthcare products Regulatory Agency. Use of longacting α-agonists in chronic obstructive pulmonary disease. *Drug Safety Update* 2009;2:7-8.
21 Nannini LJ et al. Combined corticosteroid and long-acting betaagonist in one inhaler versus inhaled steroids for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;4:CD006826.
22 Rodrigo GJ, Cates CJ, Lasserson TJ, Poole P. Safety and efficacy of combined long-acting beta-agonists and inhaled corticosteroids vs long-acting beta-agonists monotherapy for stable COPD: a systematic review. *Chest* 2009;136:1029-38.
23 Welsh EJ et al. Combination inhaled steroid and long-acting beta2-agonist versus tiotropium for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;5:CD007891.
24 Wedzicha JA, Calverley PM, Seemungal TA, Hagan G, Ansari Z, Stockley RA; INSPIRE Investigators. The prevention of chronic obstructive pulmonary disease exacerbations by salmeterol/ fluticasone propionate or tiotropium bromide. *Am J Respir Crit Care Med* 2008;177:19-26.
25 Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Triple therapy for moderate-to-severe chronic obstructive

Scanned with OKEN Scanner

pulmonary disease. 2006. www.cadth.ca/index.php/en/hta/reportspublications/search/publication/1690.
26 Poole PJ, Black PN. Mucolytic agents for chronic bronchitis or chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;2:CD001287.
27 Poole P, Chacko E, Wood-Baker RW, Cates CJ. Influenza vaccine for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;1:CD002733.
28 Granger R, Walters J, Poole PJ, Lasserson TJ, Mangtani P, Cates CJ, et al. Injectable vaccines for preventing pneumococcal infection in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;4:CD001390.
29 Cranston JM. Domiciliary oxygen for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;4:CD001744.
30 Ringbaek TJ, Viskum K, Lange P. Does long-term oxygen therapy reduce hospitalisation in hypoxaemic chronic obstructive pulmonary disease? *Eur Respir J* 2002;20:38-42.
31 Drug and Therapeutics Bulletin. Managing stable chronic obstructive pulmonary disease. *DTB* 2001;39:81 -5.
32 Puhan M, Scharplatz M, Troosters T, Walters EH, Steurer J. Pulmonary rehabilitation following exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;1:CD005305.
33 Seymour JM, Moore L, Jolley CJ, Ward K, Creasey J, Steier JS, et al. Outpatient pulmonary rehabilitation following acute exacerbations of COPD. *Thorax* 2010;65:423-8.
34 Bourbeau J, Julien M, Maltais F, Rouleau M, Beaupré A, Bégin R, et al. Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific self-management intervention. *Arch Intern Med* 2003;163:585-91.
35 Blackstock F, Webster K. Disease-specific health education for COPD: a systematic review of changes in health outcomes. *Health Educ Res* 2007;22:703-17.
36 Effing T, Monninkhof EM, van der Valk PD, van der Palen J, van Herwaarden CL, Partidge MR, et al. Self-management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Databse Syst Rev* 2007;4:CD002990.
37 Taylor SJ, Candy B, Bryar RM, Ramsay J, Vrijhoef HJ, Esmond G, et al. Effectiveness of innovations in nurse led chronic disease management for patients with chronic obstructive pulmonary disease:systematic review of evidence. *BMJ* 2005;331:485.
38 Casas A, Troosters T, Garcia-Aymerich J, Roca J, Hernández C, Alonso A, et al. Integrated care prevents hospitalisations for exacerbations in COPD patients. *Eur Respir J* 2006;28:123-30.
39 Sridhar M, Taylor R, Dawson S, Roberts NJ, Partridge MR. A nurse led intermediate care package in patients who have been hospitalised with an acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 2008;63:194-200.

Tratamentul infecţiilor sânului

J Michael Dixon,[1,2] Lucy R Khan[2]

[1]Breakthrough Research Unit, Edinburgh Breast Unit, Western General Hospital, Edinburgh EH4 2XU, UK
[2]Edinburgh Breast Unit
Corespondenţa la:
J M Dixon
jmd@ed.ac.uk

Treatment of breast infection

Citaţi articolul ca:
***BMJ* 2011;342:d396**
doi: 10.1136/bmj.d396

Un studiu de cohortă efectuat în rândul femeilor americane arăta că 10% dintre cele care au alăptat au avut mastită,[1] iar concluzia unei recente sinteze Cochrane era că incidenţa afecţiunii ajunge chiar şi până la 33%.[2] Abcesele glandei mamare sunt mai rar întâlnite, dar când apar, astfel de cazuri sunt trimise cu întârziere la chirurgul specialist. Conform rezultatelor unui experiment realizat de curând în Marea Britanie, în multe unităţi chirurgicale nu există un protocol clar privitor la managementul pacientelor care se adresează spitalului pentru infecţii ale sânului.[3] Unii chirurgi efectuează aspiraţia abceselor mamare sub anestezie locală, în timp ce alţii practică anestezia generală. Managementul infecţiilor sânului a evoluat, în ultimile două decenii, atât în ceea ce priveşte diagnosticul cât şi tratamentul. Noul concept se bazează pe ecografie, procedeu ce are un rol important în conduita actuală.

Articolul de faţă oferă o imagine sintetică a situaţiei managementului infecţiilor mamare la nivelul sistemului de asistenţă medicală primară şi a abordării unor astfel de cazuri după trimiterea lor către îngrijirea terţiară. Sinteza se bazează pe practica curentă şi pe cele mai concludente dovezi disponibile. Există doar câteva studii randomizate şi controlate referitoare la acest subiect, iar cei mai mulţi specialişti în terapia afecţiunilor sânului şi-au creat propriile protocoale pentru managementul clinic al cazurilor, nestructurate strict în funcţie de algoritmii publicaţi în literatura de specialitate, ci dictate, în mare măsură, de specificul pacienţilor şi de dotările unităţii medicale în care lucrează. Articolul este util şi celor care întâlnesc doar rareori cazuri de infecţii mamare. Prin trimiterea adecvată şi la timp a bolnavelor la un consult

SURSE ŞI CRITERII DE SELECŢIE

A fost efectuată o căutare în Medline, folosind următoarele cuvinte cheie: "infecţie a sânului", "mastită", "abces al sânului". Prezenta sinteză se axează pe infecţiile parenchimului, cu scurte menţiuni referitoare la cele ale tegumentului sânului. Nu au fost incluse infecţiile asociate implantelor. Au fost selectate articolele ce ofereau dovezi de cea mai bună calitate. Experienţa clinică a autorilor este uriaşă, dar au fost incluse şi multe lecţii învăţate de-a lungul multor ani în care au tratat paciente cu abcese mamare.

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

IDEI PRINCIPALE

Prescrieţi precoce antibioticele corecte, pentru a scădea rata dezvoltării abceselor

Trimiteţi la spital pacientele a căror infecţie nu se remite rapid după o cură cu antibiotice corespunzătoare

În cazul femeilor trimise cu suspiciunea de abces mamar, utilizaţi de rutină ecografia, ca să evidenţiaţi localizarea puroiului

De obicei, abcesele sânului pot fi tratate în ambulator prin aspiraţii repetate sau prin miniincizii şi drenaj sub anestezie locală

Pacientele la care modificările inflamatorii nu dispar după o cură de antibiotice pot avea cancer inflamator de sân; în astfel de cazuri, efectuaţi o investigaţie imagistică şi o biopsie ghidată imagistic, dacă este prezentă o anomalie localizată

Infecţiile centrale recurente sunt corelate, de regulă, cu mastita periductală – o afecţiune asociată cu fumatul – iar adesea este necesară excizia ductului

de specialitate se va evita instalarea unor morbidităţi inutile.

Câte feluri de infecţii mamare există?

Infecţiile pot apărea în parenchimul sânului sau la nivelul tegumentului acestuia (fig. 1). Cele parenchimale pot fi localizate atât pe sânii care alăptează cât şi pe cei fără lactaţie. O analiză transversală a 89 de paciente cu abcese mamar ce au necesitat intervenţie chirurgicală a arătat că 14% dintre ele au fost corelate cu alăptarea, iar 86% erau nelegate de respectivul proces.[4]

Ce microorganisme sunt implicate?

O actualizare a seriilor de cazuri retrospective arată că, în timpul alăptării, microorganismul cel mai frecvent implicat este *Staphylococcus aureus*[6], inclusiv tulpini meticilino-rezistente ale bacteriei citate (*S. aureus* meticilino-rezistent – MRSA), în special dacă infecţia a fost dobândită în spital.[1, 7] Alte microorganisme implicate sunt streptococii şi *Staphylococcus epidermidis*. Responsabile de infecţiile ce apar pe un sân care nu alăptează sunt bacteriile asociate frecvent cu infecţii ale pielii, dar pot fi, de asemenea, enterococi şi bacterii anaerobe, precum unele specii de *Bacteroides* şi de streptococi anaerobi.[8] Pacientele cu abcese recurente au o incidenţă mai mare a florei mixte (20,5% în rândul femeilor cu episoade recurente *vs* 8,9% la cele cu episod unic), precum şi a microorganismelor anaerobe (4,5% *vs* 0%).[4]

Investigarea şi managementul infecţiilor mamare la femeile care alăptează

Cine face asemenea infecţii şi cum se manifestă ele?

Infecţia sânului în timpul alăptării este cel mai frecvent întâlnită în primele şase săptămâni de

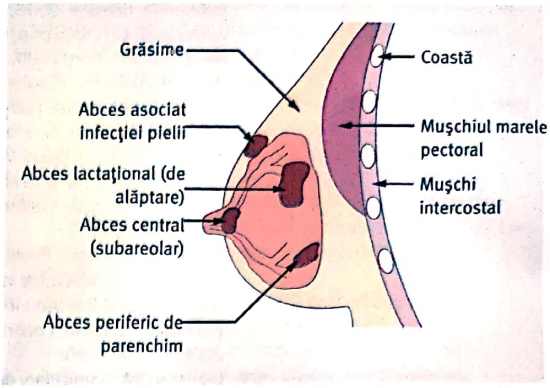


Fig. 1 | Diagramă care arată locurile frecvente şi tipurile de infecţii ale sânului[5]

alăptare, deşi poate fi observată şi în perioada în care copilul începe să primească o alimentaţie diversificată. Iniţial apare într-un segment localizat al sânului, dar dacă nu este tratată poate cuprinde, iniţial, întregul cadran şi, ulterior, tot sânul.

O sinteză a 946 de cazuri de mastite de alăptare din SUA a arătat că, adesea, femeile relatează debutul simptomatologiei prin dificultăţi de alăptare şi multe dintre ele menţionează prezenţa inflamaţiei (angorjării), a drenajului defectuos al laptelui sau a excoriaţiilor de la nivelul mamelonului.[9] Studiile populaţionale au arătat că factorii de risc pentru formarea abcesului mamar sunt vârsta maternă de peste 31 de ani, vârsta sarcinii mai mare de 41 de săptămâni şi antecedentele de mastită.[10-11] Medicul examinator poate observa eri-

Fig. 2 | Abces de alăptare în momentul prezentării la medic, cu edematiere vizibilă şi cu eritem pe zona afectată

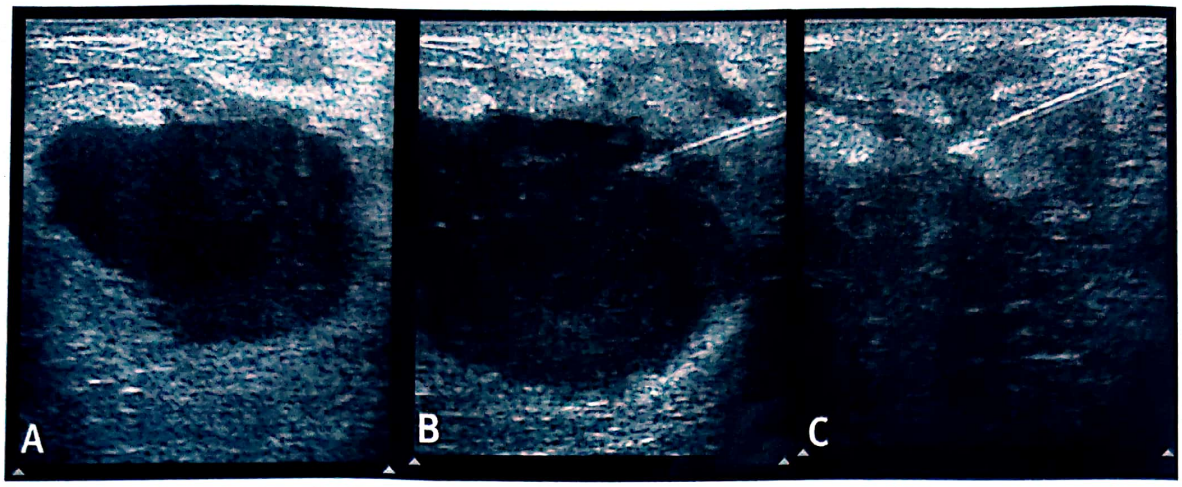


Fig. 3 | (A) Ecografie a unui abces de alăptare. (B) Abces de alăptare; în partea dreaptă sus este vizibil acul înainte de aspirație. (C) Abces de alăptare după aspirație; în cavitatea abcesului, care acum este colabată, nu se mai observă fluid vizibil

tem, indurație locală, inflamație locală sau creștere de volum a glandei mamare. Unele paciente se pot prezenta cu febră, stare generală alterată și, uneori, frisoane. Un studiu de cohortă estima că 2-10% dintre femeile care alăptează fac mastită, dar numai 0,4% vor ajunge la abces.[1] Un studiu prospectiv cu 128 de participante a raportat că, la 5-10% dintre acestea, mastita a evoluat către abces, posibil datorită managementului ei suboptimal.[12]

Cum trebuie tratată mastita

Ghidurile publicate de Organizația Mondială a Sănătății, precum și numeroase sinteze ce au vizat afecțiunea în speță recomandă tratarea mastitei femeilor care alăptează prin administrarea de antibiotice *per os* și încurajarea eliminării laptelui din segmentul inflamat (prin continuarea alăptării sau cu ajutorul unei pompe specializate). Măsurile menționate reduc rata apariției abcesului, așadar, diminuează simptomele.[2] O sinteză Cochrane a identificat un studiu randomizat în care s-au urmărit efectele tratamentului antibiotic comparativ cu cele ale golirii sânului, într-o serie de cazuri cu mastită de alăptare, arătând că persoanele tratate medicamentos s-au vindecat mai rapid (în medie, 2,1 *vs* 4,2 zile).[2] De obicei, administrarea *per os* este eficientă, numai rareori pacientele cu sepsis necesitând spitalizare și antibioterapie intravenoasă. Infecțiile de alăptare pot fi tratate cu flucloxacilină, co-amoxiclav sau macrolide (eritromicină ori claritromicină, în cazurile cu alergie la penicilină), recomandate timp de minimum zece zile. Tetraciclina, ciprofloxacina și cloramfenicolul nu trebuie să fie folosite pentru tratamentul infecțiilor sânului în timpul alăptării, deoarece pot să pătrundă în laptele mamei și să percliteze sănătatea copilului.

Un raport privind utilizarea *Lactobacillus fermentum* și *Lactobacillus salivarius*, ca tratament alternativ, a demonstrat că eficiența lor este similară celei a antibioticelor,[13] dar abia după efectuarea unor noi cercetări se va putea decide dacă este oportună folosirea lor în locul antibioticelor.

Au ajuns să fie îngrijorător de mulți aceia care cred că fungii sunt o componentă importantă în etiologia infecțiilor mamare și a durerilor profunde ale sânului din timpul alăptării, în condițiile în care nu există dovezi de bună calitate în acest sens. Prescrierea antifungicelor (de pildă, fluconazol) este frecventă, deși nu există argumente clinice de calitate capabile să sprijine o atare recomandare.[14]

Un studiu pe serii de cazuri descrie mai multe paciente cu dureri ale sânului în timpul alăptării, dar care nu aveau mastită; ele prezentau, în schimb, boala Raynaud a mamelonului, ce răspunde la nifedipin.[15] Pentru ameliorarea durerii este utilă prescrierea de antiinflamatoare și recomandarea aplicării unor comprese reci sau a unor pungi cu gheață. În cadrul unui studiu de mică amploare au fost aplicate frunze de varză fie la temperatura camerei, fie împreună cu gheață și s-a comparat eficacitatea celor două abordări, iar rezultatele au evidențiat aceeași ameliorare în cazul ambelor.[16]

Noi am arătat că nu este rară situația în care pacientele sunt trimise la spital cu întârziere, când au deja abcese extinse (fig. 2). Motivele pentru care se ajunge într-o atare situație sunt: eșecul îndrumării la timp, către o unitate medicală terțiară, a unei femei a cărei infecție nu se remite rapid după tratamentul anti-

Scanned with OKEN Scanner

biotic; lipsa continuității în sistemul ambulator de îngrijire a sănătății; utilizarea unor antibiotice nepotrivite; întârzierile generate de folosirea unor alternative terapeutice, precum utilizarea exclusivă a tratamentului antifungic sau doar a compreselor reci.

Investigarea suspiciunii de abces

Prezența puroiului va fi stabilită prin ecografie, așa că examenul imagistic trebuie să fie efectuat în cazul oricărei paciente a cărei infecție nu se remite după o cură cu antibiotice, indiferent dacă există sau nu suspiciunea de abces (fig. 3). Chiar și în situația când examenul clinic arată semne evidente ale existenței acestuia, investigația are rolul de-a identifica mai multe colecții de puroi care, altfel, ar fi omise.

Drenarea abcesului

În unitatea noastră specializată am elaborat și evaluat, în cadrul managementului abcesului mamar, o abordare – bazată pe drenarea procesului purulent în funcție de aspectul tegumentului din zona corespunzătoare leziunii – pe care o prezentăm în continuare (fig. 4).

Dacă pielea are aspect normal, se recomandă aspirarea abcesului prin ghidare ecografică sub anestezie locală. Printr-un ac de 21 gauge, introdus la distanță de focar, în tegument și în țesutul glandei mamare este infiltrată lidocaină 1% cu 1:200 000 adrenalină, sub ghidare ecografică. Când se ajunge în cavitatea abcesului (fig. 3B), dacă puroiul este subțire din punct de vedere al consistenței, poate fi aspirat cu același ac. Imediat după aspirație este schimbată seringa și se irigă cavitatea abcesului cu 50 ml de soluție de lidocaină 1% sau adrenalină. Pe imaginea ecografică se observă extinderea și colabarea cavității abcesului în timpul injectării și, respectiv, al aspirării fluidului (fig. 3C).

Dacă puroiul este foarte gros, și nu poate fi aspirat cu un ac de 21 de gauge, se așteaptă ca anestezia să-și facă efectul și se introduce un alt ac în cavitatea abcesului. Puroiul este diluat cu anestezic local și adrenalină, apoi este aspirat. Autorii consideră că utilizarea combinației lidocaină–adrenalină reduce durerea și minimizează sângerarea și echimozele ulterioare. Se practică irigarea până în momentul în care este aspirat tot puroiul, iar lichidul folosit pentru irigare are un aspect clar la aspirație. Efectul imediat al procedurii constă în controlarea durerii printr-o combinație ce confirmă anestezia locală și scade presiunea din cavitatea abcesului datorită aspirării întregii cantități de puroi. Se trimite o probă din aspirat la departamentul de microbiologie, pentru efectuarea antibiogramei, și se continuă tratamentul antibiotic corespunzător, ca și analgezia, până la remiterea completă a abcesului.

Pacientele sunt reevaluate la fiecare două-trei zile, iar aspirarea ghidată ecografic se repetă atâta timp cât există fluid în cavitatea abcesului. Se procedează așa până când fie în cavitatea acestuia nu mai este vizibil fluid, fie aspiratul nu mai conține puroi. Există puține atari focare ce necesită mai mult de două-trei aspirații, dar colecțiile mari pot impune intervenții suplimentare. Fluidul aspirat își schimbă aspectul, în decurs de câteva zile, de la puroi la fluid seros, apoi lăptos. Cele mai multe abcese de alăptare pot fi rezolvate cu succes după metoda descrisă mai sus.

PERSPECTIVA UNEI PACIENTE

Problemele mele cu alăptarea au început imediat după nașterea copilului, cu durere, leziuni, secreții și sângerări ale mamelonului. În timpul primelor patru săptămâni, durerea a crescut în intensitate până a devenit extrem de puternică – mă determina să mă ghemuiesc și să mă așez în pat. Nu eram în stare să dorm, iar de fiecare dată când alăptam tremuram de durere. Apoi a apărut o umflătură dură. Am crezut că e un duct blocat și am fost sfătuită să continui să alăptez. Am căutat tot ajutorul posibil la moașe, la medici generaliști, la consilieri și grupuri de alăptare. Umflătura continua să crească până când am ajuns s-o prind în căușul palmei. Mi s-a recomandat să încerc fluconazol, nu antibiotice. În cele din urmă l-am rugat pe cel de-al patrulea medic de familie la care am fost să solicite o primire de urgență la un spital specializat. Din momentul în care am fost consultată, la câteva săptămâni după apariția nodulului, eram disperată, așteptând ca cineva să facă ceva. Făcusem depresie din cauza durerii și la gândul că aș putea fi nevoită să întrerup alăptarea, dar știam și că nu mai puteam continua așa. Abcesul meu de 7x7 cm a trebuit să fie aspirat de șase ori, timp de două săptămâni, și am luat antibiotice zece zile. A fost foarte important pentru mine că am fost văzută de fiecare dată de același doctor. Am reușit să continui alăptarea, iar acum sânul meu s-a vindecat complet.

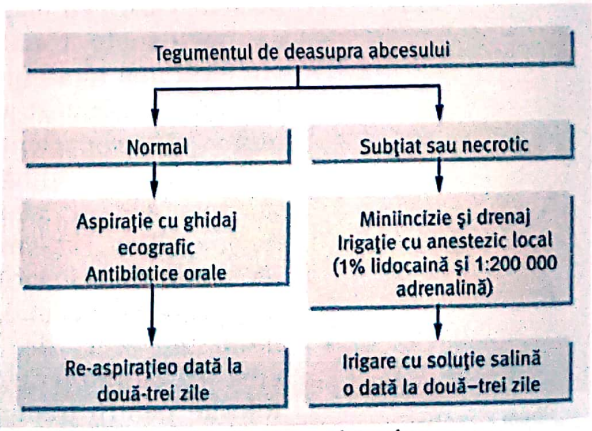


Fig. 4 | Protocol pentru abordarea abceselor mamare

Scanned with OKEN Scanner

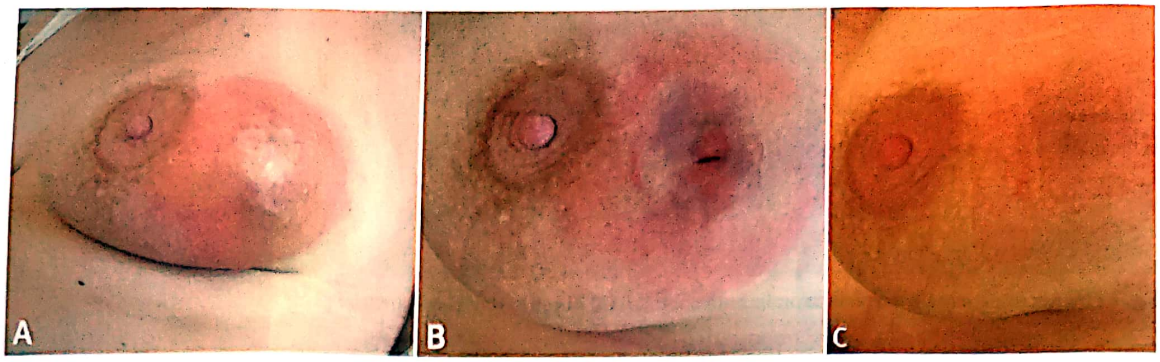


Fig. 5 | (A) Abces de lactaţie cu pielea supraiacentă subţiată, tratat prin miniincizie şi drenaj sub anestezie locală. (B) Abces de lactaţie imediat după miniincizie şi drenaj. (C) O săptămână după miniincizie şi drenaj

Fig. 6 | Infecţie de lactaţie extinsă, cu multiple abcese. Pacienta avea sepsis, era obosită şi a decis să întrerupă alăptarea

Dacă tegumentul din zona abcesului este compromis, adică este subţire şi strălucitor sau necrotic, se efectuează o miniincizie şi drenaj (fig. 5). Anestezicul local este infiltrat în tegumentul de deasupra abcesului şi se aşteaptă minimum şapte-opt minute, după care se efectuează o incizie mică (lamă nr. 15) deasupra punctului de fluctuaţie maximă; dacă respectivul reper nu este clar, ecografia contribuie la identificarea celui mai bun loc pentru incizie. Se excizează orice urmă de tegument necrotic. După ce conţinutul cavităţii abcesului a fost drenat, cavitatea se irigă temeinic cu anestezic local, operaţiunea repetându-se la un interval de două-trei zile, până când nu mai există semne evidente de scurgeri din abces, rana este închisă şi nu se mai elimină puroi. Pentru cele mai multe paciente, procedura descrisă poate fi efectuată sub anestezie locală, în ambulator. Pentru drenarea abcesului nu sunt necesare incizii mari, cele mici având, de obicei, rezultate cosmetice excelente. Plasarea şi inserţia unor tuburi de dren nu au niciun rol în managementul modern al abcesului sânului.

Dacă nu se observă regresia în urma abordării corespunzătoare, în cazul oricărei anomalii suspecte vor fi efectuate investigaţii imagistice suplimentare, combinate cu biopsia cu ac fin, pentru a exclude un cancer inflamator.

Alăptarea după infecţia sânului

Deşi femeile sunt încurajate să continue alăptarea după tratamentul mastitei sau al abcesului, procedura este dificil de realizat pe sânul afectat. În cazul în care copilul nu goleşte sânul în timpul alăptării, trebuie practicată exprimarea laptelui manual sau cu ajutorul unei pompe, în vederea menţinerii fluxului acestuia în mamela afectată. Deşi cele mai multe femei pot continua alăptarea chiar dacă au leziuni ale mamelonului şi dureri, există şi un număr mic de paciente care nu pot continua alăptarea din cauza durerii (fig. 6). Dacă în urma unei discuţii o femeie alege să întrerupă alăptarea pentru ca infecţia să fie controlată şi pentru ca sânul să se poată vindeca, lactaţia poate fi suprimată cu cabergolin.

Investigarea şi managementul infecţiilor sânului la femeile care nu alăptează

Cine este expus riscului?

Persoanele cu riscul cel mai crescut de a dezvolta infecţii ale glandei mamare când nu alăptează sunt fumătoarele şi femeile cu diabet. O analiză retrospectivă recentă a arătat că pacientele care prezintă abcese tegumentare neasociate alăptării, care au diabet sau sunt fumătoare (ori ambele) sunt expuse unui risc crescut de apariţie a unor episoade recurente de abcese ale sânului.[17] Infecţiile sunt clasificate în două categorii: centrale (subareolare) şi periferice, fiecare având cauze şi tratamente diferite. Cele care apar la nivelul tegumentului mamar sunt, de obicei, secundare unei leziuni de tipul chistului sebaceu sau al hidrosadenitei supurative.

Scanned with OKEN Scanner

Fig. 7 | (A) Abces periareolar cu piele supraiacentă subțiată. (B) Abces în timpul minilnciziei și al drenajului

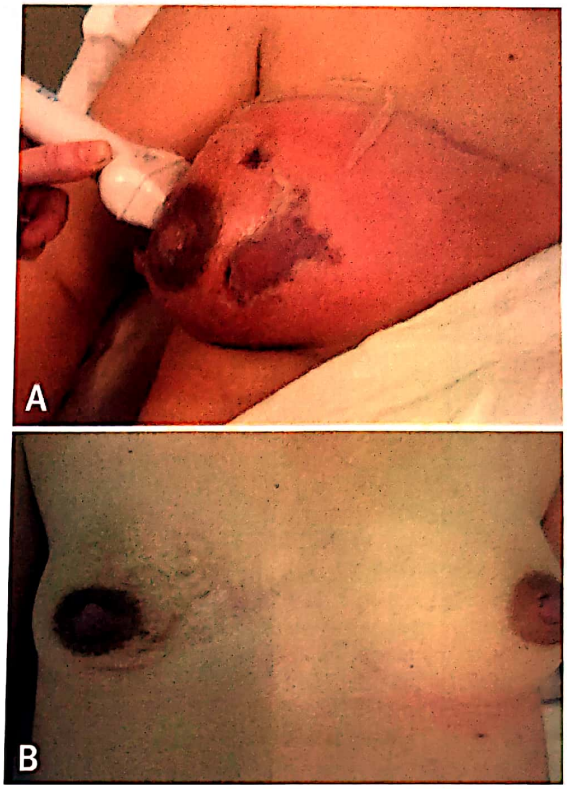


Fig. 8 | (A) Abces trimis pentru consult de specialitate cu mare întârziere. (B) Aceeași pacientă, un an mai târziu, evidențiindu-se asimetria sânilor ca rezultat al pierderii tisulare.

Tipuri de infecție

Infecțiile centrale sau subareolare

Este un tip de infecție secundar unei mastite periductale, în situația în care ductul subareolar este afectat și se infectează, de obicei, cu bacterii anaerobe.[8] Inițial, pacienta poate prezenta inflamație subareolară (cu sau fără o masă asociată) sau un abces constituit (fig. 7A). Caracteristicile combinate sunt retracția mamelonului însoțită de secreție mamelonară. Mastita periductală afectează cu precădere femeile tinere, cu vârstă medie de 32 de ani; fumatul reprezintă factorul cauzal major, 90% dintre paciente fiind fumătoare. Afecțiunea citată poate apărea și la bărbați.[18, 19] Substanțele conținute de țigarete, precum lipid-peroxidaza, nicotina și cotinina, se concentrează în glanda mamară și au niveluri mult mai mari în ductele subareolare decât în plasmă. Explicația este fie că respectivele substanțe lezează direct ductul, fie că hipoxia locală duce la afectarea canalului subareolar, urmată de inflamație și de infecție.[18] Pacienții cu mastită periductală pot avea forma bilaterală a bolii, iar unele femei prezintă fistule și modificări ale aspectului mamelonului la ambii sâni. Fumătorii care au piercing mamelonar pot dezvolta infecții persistente. Abcesul mamar poate afecta și bărbații.

Infecția periferică la femeile care nu alăptează

Acest tip de infecție este mult mai rar decât cele centrale. Infecțiile periferice au fost asociate cu diabetul, artrita reumatoidă, tratamentul cu steroidieni, traumatismele și mastita lobulară granulomatoasă, dar adesea cauza este necunoscută. Uneori, carcinomul ductal *in situ* se poate infecta, îmbrăcând un aspect clinic similar celui caracteristic unei inflamații sau unui abces; de aceea se recomandă ca pacientele cu vârste de peste 35 de ani, cu infecție periferică și fără cauze evidente ce pot explica prezența abcesului, să efectueze o mamografie bilaterală după remiterea infecției.

Mastita lobulară granulomatoasă

Una din cauzele infecțiilor periferice este mastita lobulară granulomatoasă. Afecțiune de etiologie necunoscută, se prezintă frecvent fie ca o formațiune periferică inflamatorie ce poate mima un cancer, fie ca o zonă infectată, cu sau fără ulcerația tegumentului adiacent. Deși afectează, de obicei, femeile tinere primipare, care fac abcese recurente multiple, ea poate fi întâlnită și la pacientele multipare. S-a sugerat că un rol important în această formă de boală îl joacă *Corynebacterium spp.*,[20] dar antibioticele eficiente împotriva acestui microorganism nu determină decât rareori rezoluția infecției, de aceea este puțin probabil ca speciile de *Corynebacterium* să aibă un rol etiologic major.

Infecțiile asociate celor tegumentare

Chisturile sebacee sunt frecvente la nivelul tegumentului sânului, se pot infecta și forma abcese locale. Celulita sânului cu sau fără formare de abces este frecventă la pacientele supraponderale, cu sâni mari sau care au suportat fie intervenții chirurgicale, fie radioterapie la nivelul sânului. Asemenea tipuri de infecții apar în jumătatea inferioară a sânului și sub sân, unde se acumulează transpirația și se dezvoltă intertrigo. Intertrigo poate fi o

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

RESURSE EDUCAȚIONALE SUPLIMENTARE

Resurse pentru medici

Dixon JM. Benign breast disease, în: Burnand KG, Young AE, Lucas J, eds. *A new Airds companion to surgical studies*. Elsevier, 2005:506-17

Beers MH, Berkow R, eds. *Breast disease. The Merck manual of diagnosis and therapy*. 17th ed., Merck Research Laboratories, 1999

Dixon JM. Breast infection, în: *ABC of breast diseases*. Blackwell Publishing, 2006:19-23

Resurse pentru paciente

NHS Choices (www.nhs.uk/Conditions/Breast-abscess) – Informații privitoare la abcesul mamar, inclusiv la cauze, simptome, diagnostic, riscuri, tratament. Există și linkuri către alte resurse utile

Patient UK (www.patient.co.uk/health/Mastitis-(Breast-Infection).htm) – Informații despre simptome și tratament. Permite pacientelor să discute despre experiența lor

SFATURI PENTRU MEDICII DE FAMILIE

Prescrieți cât mai repede antibioticul potrivit, pentru a minimaliza dezvoltarea ulterioară a abceselor

În infecțiile de lactație stimulați drenarea laptelui, încurajând femeile să continue alăptarea

Dacă infecția nu se remite rapid după prima cură de antibiotice, trimiteți pacienta de urgență la specialist

În cazul unei bolnave la care leziunile persistă în ciuda unui management corespunzător, gândiți-vă la posibilitatea unui cancer mamar

problemă recurentă la femeile cu sâni mari. Microorganismul cauzal uzual este *Staphylococcus aureus*. Deși frecvent sunt prescrise creme antifungice, nu există dovezi că fungii ar avea un rol etiologic în respectiva afecțiune.[21] Hidrosadenita supurată se localizează, de obicei, în axilă și în zona inghinală, dar poate interesa și tegumentul jumătății inferioare a sânului, ducând la episoade recurente de infecție cu formare de abces.

Care este cel mai bun antibiotic?

Recomandăm ca tratamentul infecțiilor sânului care nu alăptează ori al celor cu asociere tegumentară să se efectueze cu amoxicilină și acid clavulanic sau, dacă pacienta este alergică la penicilină, fie cu eritromicină, fie cu metronidazol.

Managementul abceselor

Abcesele nelegate de alăptare sunt abordate într-o manieră similară celor corelate cu alăptarea, prin aspirație sau prin miniincizie și drenaj (fig. 7B), alături de tratamentul antibiotic corespunzător. După remitere, cele centrale recidivează frecvent, deoarece în ductele adiacente persistă, adesea, elementele patologice care le generează. Pacientele cu forma recidivantă a bolii necesită intervenție chirurgicală ce presupune excizia totală a ductului, pentru a-l înlătura și-a opri ciclul infecției recurente.

Episoadele recurente de mastită periductală și infecție pot conduce la apariția unor fistule ale ductului mamar, caz în care sunt eficiente fie excizia fistulei combinată cu excizia totală a ductului, fie menținerea deschisă a fistulei. Pentru a diminua riscul de recidivă, toate ductele trebuie să fie excizate până la nivelul mamelonului, lăsând pe loc numai tegumentul acestuia.[22] Uneori, în cazurile de infecții recurente se impune îndepărtarea întregului complex areolar. Este bine ca toate pacientele fumătoare să fie consiliate în privința riscului la care se expun dacă își continuă obiceiul, precum și în privința corelației existente între infecțiile recurente și formarea fistulelor.

Mastita lobulară granulomatoasă se remite, în cele din urmă, fără intervenții active, astfel că managementul se axează pe tratarea corespunzătoare a abcesului.[23] Deși unii specialiști au utilizat antiinflamatoare steroidiene,[24] autorii nu le recomandă.

Managementul infecțiilor asociate celor tegumentare

În cazul abceselor asociate chisturilor sebacee este eficientă, de obicei, incizia sub anestezie locală, cu irigarea cavității și evacuarea materiei sebacee. După remiterea abcesului, chistul sebaceu este cicatrizat suficient, deci nu necesită excizie. Dacă, însă, respectivul chist persistă, luați în considerare excizia lui sub anestezie locală, după remiterea infecției.

Abcesele datorate hidrosadenitei se tratează prin miniincizie și drenaj, combinate cu antibioterapie. În cazul recidivelor, una din opțiunile utile în abordarea cazurilor ușoare o constituie tratamentul cu retinoizi. Excizia chirurgicală a zonei afectate ori grefa de piele favorizează, pentru 20-50% dintre cazuri, controlul bolii pe termen lung.[25] Aveți în vedere și opțiunea trimiterii pacientelor cu hidrosadenită la un dermatolog sau la un chirurg plastician.

Managementul primar al infecțiilor recurente și al intertrigo-ului ce afectează pielea din jumătatea inferioară a sânului trebuie să vizeze, în principal, menținerea zonei respective cât mai curată și mai uscată cu putință. Din experiența autorilor, este important ca pacientele să se spele de cel puțin două ori pe zi și să evite orice tip de cremă (inclusiv antifungicele) și pudra de talc. Folosirea unui

sutien de bumbac, a unui tricou, ori a unui maieu sub sutien poate contribui la menținerea zonei curată și uscată.

Concluzii

Managementul infecțiilor mamare s-a modificat, iar medicii din sistemele de îngrijire primară și secundară trebuie să cunoască protocoalele actuale. În cele mai multe cazuri, tratamentul cu antibiotice duce la remiterea infecției. Trimiterea de urgență la specialist a unei paciente a cărei infecție nu se remite rapid după o cură de antibiotice corect administrate contribuie la minimalizarea morbidităților asociate. Întârzierea îndrumării unui caz către spital sau instituirea unei antibioterapii necorespunzătoare poate avea consecințe grave – de pildă, pierderea unui volum mare din țesutul glandei mamare și o asimetrie substanțială între cei doi sâni (fig. 8). Asemenea rezultate pot avea urmări medicolegale în medicina modernă.

Contribuții: LRK a scris prima formă a lucrării. JMD a contribuit la finalizarea manuscrisului și a oferit imaginile.

Conflicte de interese: Toți autorii au completat formularul Unified Competing Interests de pe www.icmje.org/coi_disclosure.pdf (disponibilă la cerere, de la autorul responsabil cu corespondența) și au declarat că: nu au primit niciun fel de finanțare de la nicio organizație pentru articolul prezentat; în ultimii trei ani nu au existat relații financiare cu nicio organizație ce ar putea avea un interes legat de lucrarea de față; nicio altă activitate sau relație nu pare a influența prezentul articol.

Proveniență și modalitate de recenzare: Articol comandat, cu evaluare externă.

A fost obținut consimțământul pacientei.

Traducere: Dr. Gianina Luca

1 ACOG. Committee opinion no 361: Breastfeeding: maternal and infant aspects. *Obstet Gynaecol* 2007;109:479-80.
2 Jahanfar S, Ng CJ, Teng CL. Antibiotics for mastitis in breastfeeding women. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;1:CD005458.
3 Thrush S, Dixon JM. Treatment of loculated lactational breast abscess with a vacuum biopsy system. *Br J Surg* 2006;93:251.
4 Bharat A, Gao F, Aft RL, Gillanders WE, Eberlein TJ, Margenthaler JA. Predictors of primary breast abscesses and recurrence. *World J Surg* 2009;33:2582-6.
5 Moazzez A, Kelso RL, Towfigh S, Sohn H, Berne TV, Mason RJ. Breast abscess bacteriologic features in the era of community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* epidemics. *Arch Surg* 2007;142:881-4.
6 Schoenfeld EM, McKay MP. Mastitis and methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA): the calm before the storm? J Emerg Med 2010;38:e31-4.
7 Bundred NJ, Dixon JM, Lumsden AB, Radford D, Hood J, Miles RS, et al. Are the lesions of duct ectasia sterile? *Br J Surg* 1985;72:844-5.
8 Foxman B, D'Arcy H, Gillespie B, Bobo JK, Schwartz K. Lactation mastitis: occurrence and medical management among 946 breastfeeding women in the United States. *Am J Epidemiol* 2002;155:103-14.
9 Berens PD. Prenatal, intrapartum, and postpartum support of the lactating mother. *Pediatr Clin North Am* 2001;48:365-75.
10 Kvist LJ, Rydhstroem H. Factors related to breast abscess after delivery: a population-based study. *BJOG* 2005;112:1070-4.
11 Dener C, Inan A. Breast abscesses in lactating women. *World J Surg* 2003;27:130-3.
12 Arroyo R, Martin V, Maldonado A, Jimenez E, Fernandez L, Rodriguez JM. Treatment of infectious mastitis during lactation: antibiotics *versus* oral administration of lactobacilli isolated from breast milk. *Clin Infect Dis* 2010;50:1551-8.
13 Carmichael AR, Dixon JM. Is lactation mastitis and shooting breast pain experienced by women during lactation caused by *Candida albicans*? *Breast* 2002;11:88-90.
14 Anderson JE, Held N, Wright K. Raynaud's phenomenon of the nipple: a treatable cause of painful breastfeeding. *Pediatrics* 2004;113:360-4.
15 Roberts KL. A comparison of chilled cabbage leaves and chilled gelpaks in reducing breast engorgement. *J Hum Lact* 1995;11:17-20.
16 Rizzo M, Peng L, Frisch A, Jurado M, Umpierrez G. Breast abscesses in nonlactating women with diabetes: clinical features and outcome. *Am J Med Sci* 2009;338:123-6.
17 Dixon JM. Periductal mastitis and duct ectasia: an update. *Breast* 1998;7:128.
18 Bundred NJ, Dover MS, Aluwihare N, Faragher EB, Morrison JM. Smoking and periductal mastitis. *BMJ* 1993;307:772-3.
19 Paviour S, Musad S, Roberts S, Taylor G, Taylor S, Shore K, et al. *Corynebacterium species* isolated from patients with mastitis. *Clin Infect Dis* 2002;35:1434-40.
20 Janniger CK, Schwartz RA, Szepietowski JC, Reich A. Intertrigo and common secondary skin infections. *Am Fam Physician* 2005;72:833-8.
21 Dixon JM, Kohlhardt SR, Dillon P. Total duct excision. *Breast* 1998; 7: 216. 22
22 Galea MH, Robertson JF, Ellis IO, Elston CW, Blamey RW. Granulomatous lobular mastitis. *Aust N Z J Surg* 1989;59:547-50.
23 Wilson JP, Massoll N, Marshall J, Foss RM, Copeland EM, Grobmyer SR. Idiopathic granulomatous mastitis: in search of a therapeutic paradigm. *Am Surg* 2007;73:798-802.
24 Mansel RE, Webster DJT, Sweetland HM. Miscellaneous conditions. In: Mansel RE, Webster DJT, Sweetland HM, eds. Benign disorders and diseases of the breast: current concepts and clinical management. 3rd ed. Saunders, Elsevier, 2009:273-96.
25 Hughes LE, Mansel RE, Webster DJT. Miscellaneous conditions. In: Hughes LE, Mansel RE, Webster DJT, eds. Benign disorders and diseases of the breast: current concepts and clinical management. Edward Arnold, 2000:230.

Scanned with OKEN Scanner

TESTAREA RAŢIONALĂ

Verificarea cauzelor secundare ale osteoporozei

Melissa O Premaor,[1] Juliet E Compston[2]

[1]Department of Clinical Medicine, CCS(room 1337/building 26), Av Roraima, 1000, Campus Universitario, Federal University of Santa Maria, Santa Maria, Brazil 97105 – 900
[2]Department of Medicine, Box 157, Addenbrooke's Hospital, Cambridge CB2 0QQ, UK
Corespondenţa la:
J E Compston
jec1001@cam.ac.uk

RATIONAL TESTING
Testing for secondary causes of osteoporosis

Citaţi articolul ca:
BMJ 2010;342:c6959
doi:10.1136/bmj.c6959

Această serie de materiale ocazionale oferă o perspectivă actualizată asupra celei mai bune modalităţi de utilizare a testelor-cheie de diagnostic din cadrul investigării iniţiale a simptomatologiilor obişnuite şi a celor complicate. Consultanţii ei sunt Steve Atkin, profesor, şeful catedrei de endocrinologie, diabet şi boli metabolice din cadrul Hull York Medical School, şi Eric Kilpatrick, profesor onorific la catedra de biochimie clinică a Hull Royal Infirmary, Hull York Medical School.

Articolul de faţă prezintă succint testele ce ar trebui să fie propuse pacienţilor cu densitate minerală osoasă scăzută pentru a exclude cauzele secundare de osteoporoză

O femeie în vârstă de 62 de ani şi-a consultat medicul de familie pentru că prezenta o durere localizată la nivelul spatelui, în partea inferioară, ce debutase în timp ce lucra în grădină. Nu avea alte probleme de sănătate, nici actuale, nici în antecedente, şi nici nu luase vreo medicaţie. Menopauza s-a instalat după ce împlinise 51 de ani. Examenul clinic a fost normal, cu excepţia durerii de la nivelul zonelor inferioară a coloanei dorsale şi superioară a lombarei. O radiografie de coloană a arătat tasare şi fracturi ale vertebrelor T12 şi L1.

Care este următoarea analiză?

Durerea de spate, în sine, nu este un indicator al densităţii osoase, dar existenţa unor fracturi vertebrale impun cuantificarea acestui parametru. Densitatea minerală osoasă a coloanei lombare şi a şoldurilor ar trebui să fie măsurată prin absorbţiometrie dual cu raze X. Osteoporoza este diagnosticată dacă scorul T al sus-citatului parametru (numărul deviaţiilor standard situate deasupra sau sub vârful normal al masei osoase) este, în orice zonă, mai mic sau egal cu -2,5.[1] Fracturile datorate fragilităţii apar, însă, deseori, la indivizi cu osteopenie (scorul T de la -1 până la -2,5).[2] La o densitate minerală osoasă normală sau crescută trebuie să fie în mod categoric excluse alte cauze de fractură, precum malignitatea (inclusiv mielomul) şi traumatismele. Este necesară investigarea tuturor fracturilor vertebrale, fie ele simptomatice sau depistate accidental, radiografic, cauzele secundare ale osteoporozei fiind prezente la aproximativ 30% dintre femeile, şi la 55% dintre bărbaţii cu fracturi vertebrale.[3,4]

PUNCTE CHEIE

- În cazul pacienţilor cu fracturi vertebrale ar trebui efectuată densitometria osoasă prin absorbţiometrie dual cu raze X pentru a stabili dacă există valori scăzute ale densităţii minerale osoase generale corporale
- Cauzele secundare de osteoporoză apar la 30% dintre femeile cu tasare vertebrală şi fracturi şi la 55% dintre bărbaţii cu aceleaşi probleme
- Testele ce exclud cauzele secundare de osteoporoză includ hemoleucograma, viteza de sedimentare a hematiilor, biochimia osoasă (calciul seric, fosfatul, concentraţia fosfatazei alcaline), evaluarea funcţiei hepatice şi a celei renale, dozarea nivelului seric al hormonului stimulant al tiroidei şi serologia celiacă
- La bolnavii cu fracturi vertebrale ar trebui exclus mielomul, prin efectuarea imunoelectroforezei proteinelor serice

Anamneza este cea care stabileşte dacă există factori de risc clinici pentru osteoporoză (caseta). Algoritmul FRAX (elaborat de Oranizaţia Mondială a Sănătăţii), ce utilizează factori de risc selectaţi (caseta), cu sau fără densitate minerală osoasă, pentru a estima probabilitatea apariţiei unei fracturi la zece ani, poate fi găsit la adresa www.sheffield.ac.uk/FRAX/.[5]

Alte analize indicate au rolul de-a exclude diverse afecţiuni ce ar putea creşte riscul apariţiei osteoporozei (caseta). Şi mai mare este posibilitatea existenţei unei forme clinice secundare a bolii dacă sunt prezente fracturi vertebrale multiple.[6] De aceea, este esenţial să eliminăm orice alte afecţiuni ce ar putea contribui la scăderea densităţii minerale osoase şi la apariţia fracturilor. Pentru toţi

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

Factori de risc pentru fracturi incluşi în algoritmul FRAX

- Vârsta
- Sexul feminin
- Densitatea minerală osoasă scăzută
- Indicele de masă corporală scăzut
- Fractură de fragilitate în antecedente
- Istoric familial de fractură de şold
- Statut de fumător
- Consumator de alcool ≥ trei unităţi zilnic
- Tratament curent cu glucocorticoid
- Artrită reumatoidă
- Cauze secundare de osteoporoză (diabet [insulino-dependent], osteogeneză imperfectă la adult, hipertiroidism vechi netratat, menopauză precoce sau hipogonadism la bărbaţi, malnutriţie cronică ori malabsorbţie, boală hepatică cronică, medicaţie de tipul inhibitorilor de aromatază sau terapie de deprivare androgenică)

pacienţii, investigaţiile iniţiale ar trebui să includă hemoleucograma, viteza de sedimentare a hematiilor, biochimia oaselor, analiza funcţiei renale şi a celei hepatice. Alte teste devin necesare numai dacă sunt depistate anomalii în analizele iniţiale, în anamneza individului sau la examenul clinic.

Hemoleucograma şi viteza de sedimentare a hematiilor

Anemia apare, de multe ori, în boala celiacă, în mielom şi în alte afecţiuni inflamatorii cronice. Leucopenia şi trombocitopenia pot fi şi ele prezente la bolnavii cu mielom. Viteza de sedimentare a hematiilor (ori vâscozitatea plasmatică) este, de regulă, semnificativ crescută în mielom sau în afecţiunile cronice inflamatorii – de exemplu, în colonul iritabil sau în artrita reumatoridă.

Biochimia osului

Valorile crescute ale concentraţiei serice de calciu, în contextul unui nivel normal sau scăzut de potasiu, pot indica hiperparatiroidismul primar. Hipercalcemia poate fi prezentă şi la persoanele cu mielom ori cu metastaze osoase. Confirmarea ei impune determinarea nivelului seric de hormon paratiroidian – astfel, valorile serice normale sau crescute ale acestuia sugerează hiperparatiroidism primar, pe când cele scăzute sunt asociate cu majoritatea cauzelor hipercalcemiei.

Dacă este suspectat un deficit de vitamină D ar trebui măsurate concentraţiile serice ale 25-hidroxi-vitaminei D, ale căror valori scăzute pot fi corelate şi cu nivelurile ridicate ale hormonului paratiroidian, ca o consecinţă a unui hiperparatiroidism secundar. Hipocalcemia, hipofosfatemia şi o fosfatază alcalină crescută în ser sugerează prezenţa osteomalaciei. În majoritatea cazurilor în care se pune un atare diagnostic, concentraţia serică a 25-hidroxi-vitaminei D este mai mică decât în mod normal, iar cea a hormonului paratiroidian, mai mare.

Teste pentru funcţia renală şi pentru cea hepatică

Bolile cronice de ficat şi de rinichi sunt asociate cu un risc crescut de osteoporoză. Este util să se efectueze un test urinar pentru care se foloseşte un dipstick, dar şi o determinare a valorilor serice ale creatininei şi ale ureei, ca măsură de screening. La pacienţii cu mielom se întâlneşte frecvent un grad oarecare de insuficienţă a funcţiei renale. Pentru a stabili dacă bolnavul suferă de vreo afecţiune hepatică cronică sunt indicate analize pentru evaluarea funcţiei ficatului.

Analize pentru boala celiacă

Pacienţii care au boală celiacă sunt supuşi unui risc crescut de osteoporoză.[7] Prezenţa în sânge a anticorpului IgA anti-endomisium şi cea a anticorpului IgA anti-transglutaminază tisulară constituie un test de diagnostic sensibil şi specific.[8] La bolnavii cu deficienţă de IgA, respectivele analize pot fi negative în prezenţa bolii celiace, aşa că se impune dozarea anticorpilor IgG anti-transglutaminază. Valorile tuturor anticorpilor dozaţi sunt normale doar în foarte puţine dintre cazurile de boală celiacă, iar dacă este suspectată prezenţa respectivei maladii ar trebui să se efectueze o biopsie jejunală, de preferinţă printr-o endoscopie gastrointestinală superioară, cert performantă.

Teste endocrinologice

Hipertiroidismul este asociat cu scăderea rapidă a densităţii osoase şi cu apariţia fracturilor. Concentraţiile serice scăzute de hormon stimulant al tiroidei indică prezenţa hipertiroidismului, ceea ce impune dozarea tiroxinei serice libere, în vederea confirmării diagnosticului – dacă nivelul ei seric este normal, ar trebui determinată triiodotironina liberă pentru a depista cazurile de T3 tirotoxicoză.

La bărbaţii cu fracturi vertebrale ar trebui măsurat testosteronul seric, în vederea excluderii hipogonadismului.

Electroforeza proteinelor serice

La pacienţii cu fracturi vertebrale este obligatorie excluderea mielomului, o afecţiune în care celulele plasmatice anormale produc în

măduva osoasă paraproteine, fiindcă ea poate fi prezentă la circa 1,0% dintre cazuri.[9] Paraproteinele sunt detectabile prin imunoelectroforeza proteinelor serice; prezența lor poate indica existența mielomului, caz în care se impune dirijarea pacientului către un medic specialist. Uneori, imunoglobulinele pot fi supresate, iar în asemenea situații ar trebui efectuată o analiză a urinii, în vederea identificării proteinelor Bence-Jones (cu lanțuri ușoare). Când paraproteinele sunt prezente în concentrații mici și nu se depistează nicio altă anomalie clinică sau biochimică este diagnosticată «gamopatia monoclonală cu semnificație necunoscută». În prezent, afecțiunea menționată nu este tratată, însă un studiu recent a arătat că pacienții care o au sunt expuși unui risc crescut de fracturi.

Rezultatul testelor

Densitometria osoasă a relevat osteopenie cu un scor T de -1,6 la nivelul coloanei și de -1,7 la cel al șoldului. Concentrațiile calciului seric, ale fosforului și ale fosfatazei alcaline au fost normale. Nivelul seric al 25-hidroxi-vitaminei D și al hormonului paratiroidian, analizele renale și cele hepatice, testele serologice pentru boala celiacă și valoarea serică a hormonului stimulant al tiroidei au fost și ele normale. Screeningul pentru detectarea paraproteinelor a ieșit pozitiv, indicând un diagnostic de mielom. Pacienta a fost trimisă la un hematolog, în vederea efectuării unor noi investigații și pentru stabilirea tratamentului.

Contribuții: Ambii autori au scris forma inițială a articolului și au efectuat revizuirile ulterioare. Ambii evaluat critic manuscrisul și au convenit asupra versiunii lui finale. JEC este garantul.

Conflicte de interese: Autorul a completat formularul Unified Competing Interest și a declarat că: (1) MOP are susținere financiară din partea fundației CAPES- Ministerul Educației (Brazilia) pentru cercetarea prezentată, iar JEC a fost sprijinit de National Institute of Health Research al NHS și de către Cambridge Biomedical Research Centre; (2) ambii autori nu au avut, în ultimii trei ani, nicio legătură financiară cu vreo organizație ce ar putea avea interese legate de lucrarea de față; (3) MOP și JEC nu au niciun interes financiar ce ar putea fi relevant pentru lucrarea prezentată.

Proveniență și modalitate de recenzare: Articol comandat, fără evaluare externă.

Nu a fost necesară obținerea consimțământului pacientului (pacient anonim, decedat sau ipotetic).

Traducere: Dr. Adina M. Țurcanu

1 Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis. Report of a WHO Study Group. *World Health Organ Tech Rep Ser* 1994;843:1-129.
2 Siris ES, Miller PD, Barrett-Connor E, Faulkner KG, Wehren LE, Abbott TA, et al. Identification and fracture outcomes of undiagnosed low bone mineral density in postmenopausal women. Results from the National Osteoporosis Risk Assessment. *JAMA* 2001;286:2815-22.
3 Tannenbaum C, Clark J, Schwartzman K, Wallenstein S, Lapinski R, Meier D, et al. Yield of laboratory testing to identify secondary contributors to osteoporosis in otherwise healthy women . *J Clin Endocrinol Metab* 2002;87:4431-7.
4 Francis RM, Baillie SP, Chuck AJ, Crook PR, Dunn N, Fordham JN, et al. A. Acute and long-term management of patients with vertebral fractures. *QJM* 2004;97:63-74.
5 Kanis JA, McCloskey EV, Johansson H, Oden A, Ström O, Borgström F. Development and use of FRAX in osteoporosis. *Osteoporos Int* 2010;21:S407-13.
6 Nolla JM, Gómez-Vaquero C, Romera M, Roig-Vilaseca D, Rozadilla A, Mateo L, et al. Osteoporotic vertebral fracture in clinical practice. 669 Patients diagnosed over a 10 year period. *J Rheumatol* 2001;28:2289-93.
7 Jafri MR, Nordstrom CW, Murray JA, van Dyke CT, Dierkhising RA, Zinsmeister AR. Long-term fracture risk in patients with celiac disease: a population-based study in Olmsted County, Minnesota. *Dig Dis Sci* 2008;53:964-71.
8 Van der Windt DA, Jellema P, Mulder CJ, Kneepkens CM, van der Horst HE. Diagnostic testing for celiac disease among patients with abdominal symptoms: a systematic review. *JAMA* 2010;303:1738-46.
9 Caplan GA, Scane AC, Francis RM. Pathogenesis of vertebral crush fractures in women. *J R Soc Med* 1994;87 :200-2.
10 Kristinsson SY, Tang M, Pfeiffer RM, Björkholm M, Blimark C, Mellqvist UH, et al. Monoclonal gammopathy of undetermined significance and risk of skeletal fractures: a population-based study. *Blood* 2010;116:2651-5.

Lecție de elocvență

Trebuie să învățați să vorbiți clar. Jargonul științific pronunțat cu emfază este un nonsens mental.

Martin Henry Fischer (1879–1962), medic și scriitor american

Elocution lesson

Se va cita ca: *BMJ* 2011; 342:d233

Scanned with OKEN Scanner

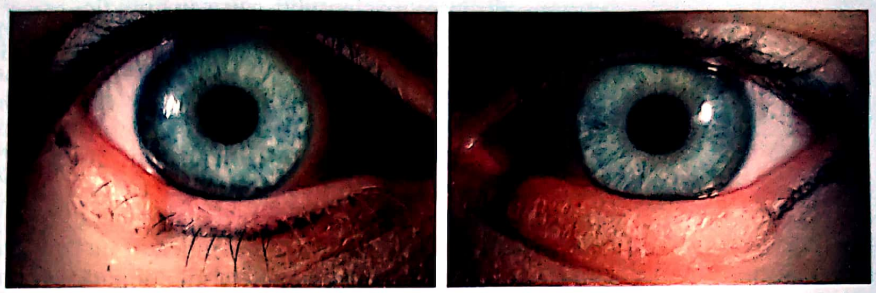
Scanned with OKEN Scanner

MINERVA

Ce anume conferă unui psihiatru statutul de bun specialist? Un sondaj de opinie a arătat că, pentru pacienți, cele mai importante caracteristici sunt: să știe să asculte, să fie abordabil, să trateze în mod egal bolnavii și să nu se erijeze în judecător. Din punctul de vedere al doctorilor din respectiva specialitate, trăsăturile relevante au fost: să aibă cunoștințe clinice și o capacitate optimă de comunicare, să fie interesat de oameni, să aibă o atitudine onestă și să inspire încredere. Cercetătorii au dedus că, din perspectiva pacienților, deținerea unui bun nivel de cunoștințe clinice este de la sine înțeleasă (*The Psychiatrist* 2011;35:75, doi:10.1192/pb.35.2.75a).

După ce și-a dizlocat proteza de șold, o femeie în vârstă a rămas cu o durere serioasă la nivelul fesei drepte, ce radia în picior și după reducerea dizlocării. A fost diagnosticată cu neuropraxie de nerv sciatic, însă durerea a persistat. O ecografie a identificat o colecție lichidiană la nivelul ariei tendonului popliteu, ceea ce i-a determinat pe medici să presupună că nervul sciatic era comprimat de un hematom. În cele din urmă au intervenit chirurgii, care au dizlocat din nou șoldul și au constatat că nervul sciatic era înfășurat în jurul componentelor colului femural (*Journal of Bone and Joint Surgery* 2011;93-B:274-6, doi:10.10.1302/0301-620X.93B2.25770).

Adeseori, când contractează diverse infecții, cum este, de pildă, pneumonia, oamenii aparent sănătoși iau imediat antiinflamatoare nesteroidiene (AINS), ca primă linie de tratament, pentru a-și scădea febra. În cazul celor care ajung să fie internați în unitățile de terapie intensivă, un asemenea gest poate, însă, să mascheze complexitatea stării de boală, fiindcă AINS pot afecta răspunsul gazdei la infecția acută. Un studiu a constatat că expunerea la



O femeie în vârstă de 31 de ani s-a prezentat la medic pentru edeme localizate de-a lungul pleoapelor inferioare până pe marginile acestora, după ce, cu doi ani în urmă, făcuse un tatuaj cosmetic pentru a-și contura cu negru atât pleoapele inferioare cât și pe cele superioare. Leziunile erau neregulate, mari, cu umflături de consistență solidă, însoțite de pierderea genelor. După efectuarea unei biopsii și a investigațiilor microbiologice s-a stabilit că femeia suferise o reacție adversă la substanța din tatuaj. Asemenea reacții sunt rare. Tratamentul, de multe ori empiric, include administrarea de steroizi topic și sistemic, crioterapie și, uneori, excizie chirurgicală. Pacienta a răspuns bine la excizia locală a zonelor afectate, cu toate că și-a pierdut definitiv genele.

Chittajallu Niveditha, cercetător în cadrul unei burse de studiu, Wolverhampton and Midland Counties Eye Infirmary, Wolverhampton WV10 OQP, UK; **Hardeep S Mudhar,** medic specialist histopatologie-oftalmologie, Royal Hallamshire Hospital, Sheffield, UK; **Soupramanien Sandramouli,** medic specialist, Wolverhampton and Midland Counties Eye Infirmary, Wolverhampton WV10 OQP, UK

A fost obținut consimțământul pacientei.

Citați articolul ca: *BMJ* 2011;342:d955

AINS în etapele timpurii ale pneumoniei comunitare riscă să agraveze starea de sănătate a bolnavului, printr-un răspuns sistemic scăzut, ceea ce poate determina fie întârzierea diagnosticului, fie o evoluție prelungită (*Chest* 2011;139:387-94, doi :10.1378/chest.09-3102).

Majoritatea dintre noi ne expunem la lumină artificială înainte de culcare. Cercetătorii au emis o ipoteză conform căreia o asemenea expunere inhibă producerea melatoninei și comprimă durata respectivului proces. În comparație cu lumina naturală, cea artificială întârzie sinteza sus-citatului hormon la 99% din 100 de persoane sănătoase și îi scurtează cu aproximativ 90 de minute acțiunea. Dacă se păstrează lumina aprinsă în timpul somnului, producerea melatoninei este în continuare inhibată. Cercetătorii au conchis că lumina artificială diminuează semnificativ percepția organismului asupra duratei nopții, ceea ce poate afecta somnul, termoreglarea, tensiunea și homeostazia glucozei (*Endocrinology* 2011;152:742).

Datele unor sondaje efectuate în Elveția relevă existența unei relații în formă de U între sănătatea mintală și folosirea internetului de către adolescenți – un risc crescut a fost observat atât la cei care îl utilizau intens (peste două ore pe zi) cât și la cei care nu-l foloseau deloc. Tinerii din prima categorie erau expuși și riscului de alterare a sănătății fizice. Conform opiniei autorilor, cadrele medicale trebuie să perceapă cutuma utilizării regulate a internetului ca pe un comportament normal, ce nu implică riscuri semnificative pentru sănătate, dar este bine să-i urmărească atent evoluția (*Pediatrics* 2011;127:e330-5, doi:10.1542/peds.2010-1235).

Traducere: Dr. Adina M. Țurcanu

Evenimente TARUS Media 2011

24-25 Martie 2011, Hotel Pullman, Bucureşti

Finanțarea sustenabilă a sistemelor de sănătate

financing.tarusmedia.ro

26 Mai 2011, Hotel Athénée Palace Hilton, Bucureşti

E-Health Congress 2011 ediția a VI-a

E-Health pentru sănătatea populației României

ehealth.tarusmedia.ro

27-29 Mai 2011, Delta Dunării, Sulina

Training British Medical Journal, ediția în limba română

Cum se scrie un studiu de caz?

bmj.ro

1-4 Septembrie 2011, Poiana Braşov

Şcoala de vară TARUS Media pentru jurnalişti

Sănătate 2020

tarusmedia.ro

Octombrie 2011, Bucureşti

Chronic Disease & Health Management

ediția a III-a

chronic.tarusmedia.ro

Decembrie 2011, Bucureşti

Premiile de Excelență Medica Academica

Sub Auspiciile Academiei Oamenilor de Ştiință din România

www.medicaacademica.ro

1-4 Decembrie 2011, Viena

Danubian Transplant Symposium

ediția a VIII-a

vienna.tarusmedia.ro

Scanned with OKEN Scanner